फॉर्म- ए

 FORM- A

 केंद्र सरकार के कर्मचारियों की सेवा के लिए सीजीएचएस कार्ड के लिए आवेदन

**APPLICATION FOR CGHS CARD FOR SERVICES EMPLOYEES OF CENTRAL GOVERNEMENT**

1. आवेदक का नाम

Name of the Applicant: ……………………………………………………………………………………………………

1. श्रेणी विभागीय सेवाएँ

Category Department Services

(आप स्वास्थ्य एव परिवार कल्याण/ सीजीएचएस मंत्रालय में तैनात किया जाता है तो विभागीय कृपया टिक)

 {Please Tick Department if you are posted in the Ministry of Health & Family Welfare/ DGHS/CGHS}

(आप किसी भी विशिस्थ संगठित सेवा के है अगर सेवाएँ कृपया टिक चुनना)

 {Please Tick Services if you belong to any specific organized service}

1. विभाग का नाम

 Name of Department………………………………………………………………………………………………

1. सेवा का नाम

Name of the Service……………………………………………………………….

(अखिल भारतीय/ केन्द्रीय सेवाओ के मामले में- 1 आईएएस / आईपीएस आदि)

(in case of All India/ Central Services- IAS/ IPS. Etc.,)

1. पदनाम राजपत्रिता अराजपत्रित राजपत्रिता

Designation Gazetted Non- Gazetted

1. पे बैंड वर्तमान वेतन ग्रैड पे

Pay Band………………………… Present Pay………………… Grade Pay……………………

1. आधिकारिक पता

Official Address

1. घर का पता

Residential Address:…………………………….

1. टेलीफोन नंबर

Telephone Number: (R) (M)

1. ईमेल आईडी

e-mail ID………………………………….

1. सेवानिवृत्ति की तिथि : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Superannuation: दिनांक माह वर्ष

Date Month Year

1. आप प्रतिनियुक्ति (केन्द्रीय प्रतिनियुक्ति) कर रहे हैं हाँ / नहीं

Are you on Deputation (Central Deputation) Yes/ No

1. यदि हाँ, प्रतिनियुक्ति पूरा हने की संभावना तारीख………………………………………………..

If yes, likely date completion of Deputation

1. अपनी सेवाओ के अन्य शहरों के लिए हस्तांतरणीय हैं : हाँ / नहीं

Are you services transferable to other cities: Yes/ No

1. परिवार का विवरण

Details of Family

{\* इस कॉलम भरने से पहले परिवार की परिभाषा देखने के लिए कृपया}

{\* Please see definition of family before filling up this column}

 : 2 :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्रम संख्या S. No. | परिवार के सदस्य का नाम Name of Family Member | हिन्दी में नाम Name in Hindi | सीजीएचएस कार्ड धारक से  संबंध Relationship to CGHS Card Holder | जन्मतिथि #जन्मतिथि Date of Birth#(Compulsory) | आधार नंबर Aadhar No. | ब्लड ग्रुप (वैकल्पिक)Blood Group (Optional) |
|  |  |  | Self |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# कृपया उपरोक्त दर्शाए गए सभी सदस्यों के आयु संबंधी प्रमाण- पत्र संलग्न करें

(Please attach proof of age of persons mentioned above)

1. क्या ऊपर जिन व्यक्तियों के नाम दिए गए हैं वे आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रहते हैं ?

Are all the persons whose names are given above are dependent upon you and are residing with you?

(कृपया उनका आपके साथ रहने का प्रमाण साथ लगाए जैसाकि राशन कार्ड/ निर्वाचन पहचान पत्र/ पास पोर्ट/ कॉलेज/ स्कूल/ विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/ बैंक की पास बुक आदि की प्रति)

Please attach proof of their staying with you, like copy of Ration card/ Election ID/ Pass port/ Identity Card issued.

by Collage/School/University/Bank Pass Book, etc.)

1. नीचे दिए गए स्थान पर (स्वयं सहित) परिवार के सदस्य जिनके नाम आपके परिवार के भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं की पहचान पत्र की एक फोटोग्राफ चिपकाएँ । (नाम दोनों भाषाओ में लिखे)

Paste one ID card size of Photograph of each member of family (Including self) whose names are proposed to be included as part of your family in the space given below (Names should be written in both the languages):

क्रम सं S. No………………… क्रम सं S. No………………… क्रम सं S. No………………… क्रम सं S. No…………………

नाम………………………………... नाम………………………………... नाम………………………………... नाम………………………………...

Name Name Name Name

क्रम सं S. No………………… क्रम सं S. No………………… क्रम सं S. No………………… क्रम सं S. No…………………

नाम………………………………... नाम………………………………... नाम………………………………... नाम………………………………...

Name Name Name Name

: 3 :

मैं वचन देता हूँ कि आवेदन फार्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदंड में यदि कोई बदलाव आता हैं तो मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ योजना को तत्काल सूचित करूंगा। यदि मैं सूचित करने मैं असफल होता हूँ और यदि केन्द्रीय सरकार स्वास्थ योजना को बदलाव के बारे में पता लग जाता हैं तो के.स.स्व.यो द्वारा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ योजना की सुविधाएँ वापिस लें ली जाएगी और के.स.स्व.या और/ या उचित प्राधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्यवाई कर सकता हैं ।

I undertake to intimate to CGHS immediately if there is any charge in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate and if the CGHS comes to know of the change then the CGHS facility is liable to be withdrawn by the CGHS and the CGHS and/ or appropriate authority will be free to intimate any against me.

मैं वचन देता हूँ कि मेरे स्थानांतरण, सेवा- निवृत्ति, बर्खास्तगी, पद त्यागने पर मंत्रालय/ कार्यालय छोड़ने या केन्द्रीयए यार्कर स्वास्थ योजना की सुविधा की पात्रता न होने पर, मैं के.स.स्व.या कार्ड सौप दूंगा ।

I understand to surrender the CGHS Card (s) on my leaving the Ministry/ Office on Transfer, Retirement, Termination, resignation, or on ceasing to be eligible for CGHS benefits.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सूचना जांच करने पर ठीक पाई गई और कोई सूचना छुपाई नहीं गई हैं या गलत तरीके से नहीं दी गई हैं और मैं इसके लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार हूँ ।

I certified that the information furnished by be in this application has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

अनुलग्नक/Encl.:- आवासीय/ आश्रितों के साथ रहने का प्रमाण/Proof of Residence/Stay of dependents पुत्र की आयु का प्रमाण/ विकलांगता प्रमाण/ Proof of age of Son/Disability certificate सेवा में रहते हुए के के.स.स्व.या कार्ड के समर्पण का प्रमाण पत्र/ Surrender Certificate of CGHS Card while in service.

**आवेदक के हस्ताक्षर/ Signature of applicant**

**(सेवारत कर्मचारियों के मामले में प्रायोजक प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा)**

 आवेदक द्वारा दी गई सूचना सत्यापित कर ली गई है और ठीक पाई गई हैं।

यह सिफ़ारिश की जाती है कि…………………………………. मंत्रालय/ विभाग/ संगठन में कार्यरत श्री/ श्रीमती/ कुमारी…………………………………………………….

पदनाम…………………………………….को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ योजना कार्ड जारी किया जाए । संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिए गए हैं की आवेदन के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ योजना अंशदान काटा जाता हैं। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया हैं।

स.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी का नाम

पदनाम (मोहर सहित)

टेलीफोन नंबर \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सेवा में,

संबंधित शहरों के अंपर- निदेशक / संयुक्त निदेशक केसस्वयो

 **(TO BE FILLED BY THE SPONCERING AUTHORITY IN CASE OF SERVING EMPLOYEES)**

 The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommended that a CGHS Card be issued to Shri/Smt/Km………………………………………………………………………………………………………….. Designation…………………………………………………………………………… working in this Ministry/ Department/Organization. Instructions have been issued to the concerned Division to Start deducting CGHS Subscription every month from the salary of the applicant/ CGHS subscription are deducted every month from the salary of the applicant. I am authorized sponsoring authority for the issue of CGHS Card and approval of the Competent Authority has been obtained.

No…………………………………..

Date……………………………………………………..

Signature & Name of the Sponsoring Authority

Designation(Stamp) with Tel. Number

To

The Addl. Director. Joint Director CGHS of concerned City