

केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना, इलाहाबाद में प्रवेश पाने हेतु आवेदन प्रपत्र के पेन्शनरों के लिये

अपर निदेशक,
केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना,
इलाहाबाद।

महोदय,

केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के अन्तर्गत चिकित्सा सम्बन्ध सुविधायें प्राप्त करने के लिये मैं अपने परिवार की परिभाषा के अनुसार स्वयं तथा परिवार के सदस्यों का नाम दर्ज करवाना चाहता हूँ।

1. परिवार के प्रधान का नाम (पेन्शनर)
2. स्थानीय पता
3. मंत्रालय/विभाग का नाम जहाँ से सेवा निवृत्त हुये
4. सेवा निवृत्त/मृत्यु का दिनांक
5. पारिवारिक पेंशन पा रहे हैं हाँ/नहीं
6. सकल पेंशन
7. पेंशन की भुगतान की सं० पी०पी०ओ० नं०
8. यदि पेंशन निर्गत नहीं की गई है तो लिया गया अंतिम वेतन
9. यदि अषदायी भविष्य निधि पर सेवा निवृत्त हुये हो तो लिया गया अंतिम वेतन
10. परिवार की परिभाषा के अनुसार का ब्यौरा :-

क्रम सं०	नाम	जन्म तिथि	रिश्ता
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

मैं घोषणा करता हूँ कि मेरे परिवार के उपर्युक्त सदस्य मेरे ऊपर आश्रित हैं और ये मेरे साथ रह रहे हैं।

मैं समय-समय पर जारी किये जाने वाले नियमों और विनियमों तथा संशोधनों का पालन करूँगा।

मैं घोषणा करता हूँ कि सेवा में रहते हुये कार्यालय से जो के०स०स्वा० योजना पहचान पत्र जारी किया गया था। वह मैंने वापस कर दिया है और इस पहचान-पत्र के वापस करने की तारीख तक के अंशदान का भुगतान कर दिया है तथा प्रमाण-पत्र संलग्न है।

मैं निष्ठा पूर्वक पुष्टि करता हूँ कि मैं और मुझ पर आश्रित सदस्य जिनके नाम नीचे दिये गये हैं ये मेरे साथ इस..... पते पर रह रहे हैं।

क्रम सं०	नाम	जन्म तिथि	रिश्ता
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

किसी नोटरी / राजपत्रित अधिकारी
द्वारा सांक्षियक्ति किया जायेगा
सांक्षियक्ति
हस्ताक्षर
मोहर

आवेदक के हस्ताक्षर

मैं के०स०स्वा०यो० का अंशदान अपने पेंशन / मूल वेतन के अनुसार दूंगा और भविष्य में उसमें कोई बदलाव नहीं करूंगा।

आवेदक के हस्ताक्षर

निम्न प्रपत्र अवश्य संलग्न करें।

1. पूर्व के०स०स्वा० कार्ड तथा अंशदान जमा करने का प्रमाण-पत्र।
2. पेंशन भुगतान आदेश की तथा अंतिम वेतन प्रमाण-पत्र की फोटो कापी (अटेस्टेड)
3. पूरे परिवार की ग्रुप फोटो (पासपोर्ट आकार की)
4. रिवाइज्ड पेंशन का प्रमाण-पत्र की फोटो स्टेट (अटेस्टेड)
5. मूल पेंशन आदेश की प्रति (पी०पी०ओ०) साथ में अवश्य लायें।
6. 25 वर्ष से ऊपर तथा जो स्थाई रूप से मानसिक रोगों व विकलांग है। उनको भी के०स०स्वा०यो० के अन्तर्गत सुविधा प्रदान की जायेगी। कृपया उसका प्रमाण अवश्य संलग्न करें अन्य को सुविधा नहीं प्रदान की जायेगी। शपथ पत्र
7. इस बाद का प्रमाण-पत्र कि कोई चिकित्सा भत्ता नहीं प्राप्त होता है।
8. कार्ड बनवाने के लिये प्रत्येक मंगलवार व बृहस्पतिवार की एक बजे दोपहर से पहले सम्पर्क करें (सुबह 11 बजे से दोपहर 1 बजे तक)