

एनएचपीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी स्वास्थ्य योजना
चिकित्सा कार्ड के लिए आवेदन

लाभग्राहियों हेतु
संयुक्त फोटोग्राफ
लगाने का स्थान

1.	सेवानिवृत्त / मृतक कर्मचारी का नाम तथा कर्मचारी संख्या	:.....
2.	सेवानिवृत्ति / मृत्यु की तारीख	:.....
3.	एनएचपीसी में नियुक्ति की तिथि	:.....
4.	सेवानिवृत्ति / मृत्यु के समय पदनाम	:.....
5.	अधिवर्षिता/स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति/ मृत्यु/स्थायी निशक्तता/अन्य, के कारण सेवा छोड़ रहे हैं (कृपया विशिष्ट रूप से उल्लेख करें)	:.....
6.	सेवानिवृत्ति / मृत्यु की तिथि को वेतनमान तथा मूलवेतन	:.....
7.	परियोजना/यूनिट/कार्यालय के नाम सहित विभाग/ प्रभाग जहाँ से सेवानिवृत्त मृत्यु हुई है।	:.....
8.	आवेदन का नाम और मृतक कर्मचारी से संबंध	:.....
9.	स्थायी पता	:.....
10.	वर्तमान पता	:.....
11.	परियोजना/संपर्क कार्यालय/ निगमित कार्यालय जहाँ से सेवानिवृत्त कर्मचारी / उसका पति/पत्नी /मृतक कर्मचारी का पति/पत्नी / बच्चों द्वारा प्रतिपूर्ति ली जानी है	:.....
12.	बैंक ड्राफ्ट का विवरण	:.....
	बैंक ड्राफ्ट संख्या व दिनांक	:.....
	राशि	:.....
	बैंक का नाम व शाखा	:.....
	एमआईसीआर कोड	:.....
	आईएफएससी कोड	:.....
	स्थायी खाता संख्या	:.....
	संपर्क	:.....

13.	लाभग्राहियों के नाम		लाभग्राहियों की जन्म तारीख :
	(क).....		(सेवानिवृत्त कर्मचारी) :
	(ख)		सेवानिवृत्त / मृतक कर्मचारी का पति/पत्नी :
	(ग)		मृतक कर्मचारी के बच्चों :
		(1)	
		(2)	
			सेवानिवृत्त कर्मचारी :
14.	लाभग्राहियों के नमूना हस्ताक्षर		सेवानिवृत्त / मृतक कर्मचारी का पति/पत्नी :
			मृतक कर्मचारी के बच्चों :
		(1)	
		(2)	

(लाभग्राहियों का संयुक्त फोटोग्राफ की अतिरिक्त प्रतिलिपि चिकित्सा कार्ड पर चिपकाने के लिए संलग्न है।)

प्रमाणित –

क. यह कि मैं और अन्य पूर्णकालिक आधार पर पुनर्नियोजित नहीं हूँ।

ख. यह कि बच्चे (मृतक कर्मचारी के मामले में) नियोजित नहीं हैं। सभी स्रोतों से उनकी आय 6000/- रूपए से अधिक नहीं है, और पुत्र के मामले में 25 वर्ष की आयु, अविवाहित पुत्री के मामले में 30 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं की है। बच्चा / बच्चे जिसका या जिसके नामहै, शारीरिक दिव्यांग / मानसिक दिव्यांग है।

ग. मैं और अन्य लाभग्राही रोजगार के परिणामस्वरूप किसी अन्य चिकित्सा कवर का लाभ नहीं उठा रहा हूँ और मेरा पति/पत्नी किसी रोजगार में नहीं है तथा वह किसी चिकित्सा कवर का पात्र नहीं है।

घ. मैं और अन्य लाभग्राही अपने बच्चे के आश्रित के रूप में किसी संगठन से कोई चिकित्सा सहायता प्राप्त नहीं कर रहे हैं।

ड. मैंने निगम के साथ अपने बकाया शेष तथा लेखे का पहले ही निपटान कर लिया है सिवाय..... के

च. उक्त सूचना/ब्यौरे मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सत्य हैं और यदि कहीं अन्यथा पाया जाता है तो मुझे योजना के लाभ लेने से वंचित किया जा सकता है।

छ. मैं उक्त में किसी परिवर्तन को तत्काल सेवानिवृत्त कर्मचारी स्वास्थ्य योजना प्रकोष्ठ को तत्काल सूचित करने का वचन देता हूँ जिसमें ऐसा कोई कारण भी शामिल है जिसके चलते मैं उक्त योजना के अंतर्गत लाभ प्राप्त करने के लिए पात्र नहीं रहूँगा।

दिनांक.....

(आवेदक के हस्ताक्षर)

सत्यापित तथा संबंधित कार्यालय के सेवानिवृत्त कर्मचारी स्वास्थ्य योजना प्रकोष्ठ को अग्रेषित। उक्त लाभग्राही दिनांक से योजना के अंतर्गत लाभ के पात्र हैं। लाभग्राहियों की 2 अतिरिक्त संयुक्त फोटो भी संलग्न है।

परियोजना/यूनिट/कार्यालय के प्रमुख अथवा
नियंत्रक अधिकारी जो
वरिष्ठ प्रबंधक स्तर से न हो, के हस्ताक्षर

पदनाम.....

सेवानिवृत्त कर्मचारी स्वास्थ्य योजना प्रकोष्ठ

नियमों के संदर्भ में जाँच की गई और लाभग्राही से योजना के अंतर्गत लाभ प्राप्त करने के पात्र हैं।

हस्ताक्षर.....

पदनाम.....

