

केवल पूर्णतः निर्भर परिवार सदस्यों के लिए चिकित्सा पुस्तिका बनवाने हेतु घोषणा पत्र

मे एतद् द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि :-

- (1) निम्नलिखित मेरे परिवार के सदस्य हैं एवं पूर्ण रूप से मेरे ऊपर आश्रित हैं।
- (2) मेरे निम्नलिखित पुत्र व पुत्री अविवाहित हैं।
- (3) मेरे माता - पिता अपेशनरी हैं एवं उनका / उनकी आय का कोई अतिरिक्त स्रोत नहीं है तथा मेरे माता - पिता मेरे ऊपर ही आश्रित होने के साथ - साथ स्थाई रूप से मेरे साथ ही रुड़की स्थित मेरे आवास में रहते हैं।

क्र० सं० (S.No)	नाम (Name)	जन्मतिथि दिन/माह /वर्ष (Date of Birth)	कर्मचारी से सम्बन्ध (Relation ship)	मासिक आय (यदि कोई हो) (Monthly income)	मैथमिक पुस्तिका सं० (Medical Booklet No.)	वैधता तिथि (कार्यालय द्वारा भरी जाये) (Validity date)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

मे यह भी घोषणा करता / करती हूँ कि :-

(अ) मेरे द्वारा दी गई उपर्युक्त सूचना यदि गलत पाई जाती है तो संस्थान मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही करने के साथ - साथ मुझे तथा मेरे परिवार को संस्थान से मिलने वाले सभी चिकित्सा सुविधाएँ आगे हमेशा के लिए बंद करने के लिए सक्षम होगा।

(ब) जब कभी भी मेरे बच्चों का विवाह होगा या उनकी कोई आमदनी का स्रोत होगा या मेरे ऊपर आश्रित माता - पिता किसी और भाई / बहन पर आश्रित होंगे या स्थान परिवर्तित करेंगे तो तुरन्त सूचित करते हुए जारी चिकित्सा पुस्तिका वापिस जमा करा दूँगा।

(स) मुझे स्पष्ट कर दिया गया है कि आश्रित बेटे / बेटों की अधिकतम पात्रता, जब वह अर्जन (earning) शुरू करे या उनकी शादी हो जाये या उसकी आयु 25 वर्ष हो जाये, जो पहले हो, तक है। बेटों हेतु आयु सीमा की बाधा नहीं है।

दिनांक :-

जाँच उपरान्त अग्रसारित

हस्ताक्षर :

(Signature)

कर्मचारी का नाम

(Name of employee) :

पदनाम (Designation) :

कार्यालयाध्यक्ष / विभागाध्यक्ष

मोहर सहित

(Head of the Department)

वर्तमान पता (Address) :

विभाग (Department) :

कर्मचारी संख्या (Employee no.) :

मोबाईल न० (Mobile no.) :

ई-मेल (E-mail) :

श्री / श्रीमति / कुमारी पदनाम विभाग को

जाँचोपरान्त कम सं० पर आवेदित चिकित्सा पुस्तिकाये जारी की जा सकती है।

अनुमोदित

संबंधित सहायक

अधीक्षक

सहायक कुलसचिव / उपकुलसचिव
आई०आई०टी० रुड़की