

	भाकृअनुप-राष्ट्रीय डेरी अनुसंधान संस्थान(मानद् विश्वविद्यालय) ICAR- National Dairy Research Institute (Deemed University) करनाल, हरियाणा/ Karnal, Haryana-132001 (नकदी एवं देयक अनुभाग- एक एवं दो/ Cash & Bill Section-I/II)	
---	--	---

परिपत्र (Circular)

फा. सं. नगदी एवं देयक अनु./आश्रिता प्रारूप/2023-24

दिनांक:-06 दिसम्बर, 2023

सभी संबंधितों को यह सूचित किया जाता है कि केन्द्रीय सेवा (चिकित्सकीय परिचर्या) नियम के अनुसार परिवार के आश्रित सदस्य जो इन नियमों में निर्धारित पात्रता शर्तों को पूरा करते हैं, उन्हें चिकित्सा लाभ लागू होते हैं तथा यह सरकारी कर्मचारी/पेंशनर की जिम्मेदारी होती है कि वह कार्यालय को अपने परिवार की आश्रितता/आश्रित सदस्यों के बारे में सूचित करे।

वर्ष 2020-21 के लिए आश्रितता/संयुक्त घोषणा सूची संस्थान की वेबसाइट पर उपलब्ध है। सभी अधिकारियों/कर्मचारियों/पेंशनरों से एतद्वारा यह अनुरोध किया जाता है कि वे संस्थान की वेबसाइट पर इसका अवलोकन कर लें एवं उनकी चिकित्सा आश्रितता सूची में किसी परिवर्तन या कुछ जोड़ने की आवश्यकता है तो उसे संलग्न फार्मेट में 31 दिसम्बर, 2023 से पहले अवगत करा दें। यदि 31 दिसम्बर 2023 तक चिकित्सा आश्रितता/संयुक्त घोषणा के बारे में किसी प्रकार की सूचना प्राप्त नहीं होती है तो संस्थान की वेबसाइट पर उपलब्ध चिकित्सा आश्रितता/संयुक्त घोषणा को अंतिम मान लिया जाएगा।

इसे सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जा रहा है।

It is brought to the notice of all concerned that the medical benefits as per CS (MA) Rules is admissible to the dependent family members who fulfills the eligibility criteria as prescribed under the rules and it is the responsibility of the Govt. employee / pensioner to inform the office regarding the dependency of family / dependent members.

The dependency / joint declaration list for the year 2020-21 is available on the Institute's web site. All the officers / Officials / Pensioners are hereby requested to visit the Institute's website and intimate any change in the enclosed format like addition/deletion in their medical dependency list latest by 31th Dec, 2023. In case no intimation is received up to 31th Dec, 2023, the medical dependency / Joint Declaration which is already available on Institute's web-site shall be treated as final.

This issues with the approval of the Competent Authority.

धर्मेन्द्र सिंह
(धर्मेन्द्र सिंह) 6.12.23

आहरण एवं सवितरण अधिकारी

वितरण सूचना एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु।

1. निदेशक, राडेअनुसं, करनाल को प्रधान निजी सचिव के माध्यम से।
2. संयुक्त निदेशक (प्रशासन) व वरिष्ठ कुलसचिव राडेअनुसं, करनाल को प्रधान निजी सचिव के माध्यम से।
3. नियंत्रक, राडेअनुसं, करनाल।
4. सभी प्रभागाध्यक्ष व प्रभारी-इस परिपत्र से संबंधित स्टाफ को अवगत कराने व नोटिस बोर्ड हेतु।
5. प्रभारी, ह्यूमन हैल्थ कॉम्प्लैक्स, राडेअनुसं, करनाल।
6. प्रभारी, कंप्यूटर केन्द्र को इसे संस्थान की वेबसाइट एवं ई-ऑफिस नोटिस बोर्ड पर अपलोड करने के अनुरोध के साथ।
7. श्रम कल्याण अधिकारी, राडेअनुसं, करनाल को पेंशनरों के संज्ञान में लाने बावत्।

चिकित्सा सुविधा ग्रहण करने के लिए परिवार/आश्रितों की घोषणा
DECLARATION OF FAMILY/DEPENDANTS FOR AVAILING MEDICAL BENEFIT

1 कर्मचारी/पेंशनर का नाम :

Name of the Employee/Pensioner

2 कर्मचारी संख्या / पेंशनर की पी0 पी0 ओ0 संख्या :

Employee No./PPO No. of the Pensioner

3 पदनाम Designation:

4 स्वयं अपना एवं परिवार के सदस्यों का ब्यौरा जिन के लिए चिकित्सा लाभ का दावा किया जाना है ।
 Particular of Self and Family members for whom the medical benefit is claimed.

क्र सं SL No.	नाम NAME	संबंध RELATIONSHIP	जन्म दिनांक / उम्र DATE OF BIRTH/AGE	विवाहित है या नहीं WHETHER MARRIED OR NOT	यदि सेवारत / पेंशनर है तो मासिक आय IF EMPLOYED/ PENSIONER MONTHLY INCOME	पता ADDRESS

- i) यदि पेंशनभोगी है तो मूल पेंशन दर्शाने वाले पी0 पी0 ओ0 कम्प्यूटेशन से पहले की सत्यापित प्रतियां साथ संलग्न की जानी चाहिए
 In case of pensioners the attested copies of PPO showing the original pension (before commutation) shall be enclosed.
- ii) बच्चों के मामले में जन्म तिथि प्रमाणपत्र भी संलग्न किया जाना चाहिए
 Certificate of date of Birth in respect of children shall also be enclosed.
- iii) आश्रित परिजनों के प्रमाणिक सबूत
 Authentic proof of dependents family member:

4. कार्यालय का नाम जहां पति /पत्नी कार्यरत है :
 Name of the office in which the other spouse is working

5. यदि आप अपने सेवारत पति/पत्नी के लिए चिकित्सा संबंधी लाभ रा0 डेरी0 अनु0 संस्थान से प्राप्त करना चाहते हैं, तो संयुक्त घोषणा निधारित प्रारूप पर अलग से दे ।
 Whether you desire to avail the medical benefit from NDRI in respect of Your serving spouse a joint declaration in prescribed format separately.

घोषणा (Declaration)

मैं एतद्व द्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरी पत्नी/पति को छोड़ कर उपर घोषित सभी परिजनों की मासिक आय रु 9000/- से कम है तथा 9000/- रूपए पर महंगाई भत्तों की स्वीकार्य राशि है तथा सभी उपरोक्त परिजन मुझ पर आश्रित है एवं किसी अन्य स्रोत से कोई भी चिकित्सा सुविधा एवं वित्तीय चिकित्सा भत्ता नहीं ले रहे हैं।

I hereby declare that all the above declared family members except my wife/husband is/are having less than Rs.9000/- income per month plus the admissible amount of Dearness Relief on Rs.9000/- and all above family member are dependent upon me and they are not availing any medical facility as financial medical allowance from any other source.

कर्मचारी/पेंशनर के दिनांक सहित हस्ताक्षर
 Signature of the Employee/Pensioner with Date

भाकृअनुप-एनडीआरआई कर्मचारी के पति या पत्नी द्वारा घोषणा।
DECLARATION BY THE SPOUSE OF THE ICAR-NDRI EMPLOYEE.

1. नाम Name:
2. एनडीआरआई के कर्मचारी का नाम और पदनाम, पति/पत्नी का नाम ऊपर उल्लिखित है।
(कर्मचारी संख्या) :
Name & Designation of Employee of NDRI whose spouse name is mentioned above
(Employee No.:
3. एनडीआरआई कर्मचारी का प्रभाग/अनुभाग Division/Section of NDRI Employee:
4. उस कार्यालय/संगठन का नाम जिसमें पत्नी या पति सेवारत है:
Name of the Office/Organization in which spouse is working:
5. क्या दूसरे पति या पत्नी को अपने नियोक्ता से कोई चिकित्सा लाभ प्राप्त करने के लिए भत्ता मिल रहा है।
Whether spouse of NDRI Employee is getting allowance from his/her employer or availing any medical benefit from his/her Employer.

दूसरे पति या पत्नी के हस्ताक्षर
Signature of Spouse of NDRI Employee

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त क्रमांक 5 पर दी गई जानकारी कार्यालय रिकॉर्ड के अनुसार सही है।
It is certified that the information furnished at Sr. No.5 above is correct as per the office records.

जीवनसाथी के कार्यालय में सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Competent Authority in the Spouse's office