

केन्द्र सरकार के सेवारत कर्मचारियों के लिए केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड के लिये आवेदन पत्र फार्म ए

Application for CGHS Card for Serving Employee of Central Govt.

Form (A)

1 आवेदक का नाम.....

Name of the Applicant.....

2. श्रेणी:..... विभागीय..... सेवाएं..... पेंशनर..... अन्य(कृपया उल्लेख करें)
Category.....Departmental.....Services.....Pensioners.....others(Pl.Specify)

(यदि आप स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय/स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय/केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना में कार्यरत हैं तो विभागीय पर निशान लगाएं)

(यदि आप किसी विशिष्ट संगठित सेवा से संबंध रखते हैं तो सेवाएं पर निशान लगाएं)

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

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

3. विभाग का नाम /

Name of Deptt.....

4- सेवा का नाम.../Name of Service.....

अखिल भारतीय/केन्द्रीय सेवाएँ /आई ए एस /आई पी एस इत्यादि के मामले में
In case of : All India / Central Services / I. A. S / I. P. S

5- पदनाम / Designation..... राजपत्रित /Gazettedअराजपत्रित /Non-Gazetted

6 पे बैंड/Pay Bandवर्तमान वेतनPresent Pay.....ग्रेड पे /Gr.Pay ---
सेवारत कर्मचारियों के लिए

7 कार्यालय का पता /Official Address.....

8. आवासीय पता /Residential Address.....

9. दूरभाष सं० /Telephone Number:(कार्य /O).....(आ /R).....(मो० /M).....

10. ई-मेल आईडी / e-mail ID.....

11. अधिवर्षिता की तारीख / Date of Superannuationदिनांक /Dateमाह /Monthवर्ष /Year

12. क्या आप प्रतिनियुक्ति पर हैं / Are you on Deputation जी हाँ / Yes / जी नहीं /No
(केन्द्रीय प्रतिनियुक्ति / Central Deputation)

13. यदि हां तो प्रतिनियुक्ति समाप्त होने की तिथि / If yes, likely Completion of Deputation.....

14. क्या आपकी सेवाएं दूसरे शहरों में स्थानांतरणीय है / Are your services transferable to other cities.....

15. परिवार का ब्यौरा / Details of Family

(यह कालम भरने से पहले परिवार की परिभाषा देख लें / Please see definition of Family before filling up this column*)

क.सं० S.No	परिवार के सदस्यों के नाम/ Name of Family member	केसस्वायो कार्डधारी के साथ संबंध /Relationship to CGHS Card Holder*	जन्म तिथि / Date of Birth# (अनिवार्य /Compulsory)	ब्लड ग्रुप/ Blood Group (ऐच्छिक /optional)

कृपया उपरोक्त दर्शाए गए सभी सदस्यों के आयु संबंधी प्रमाण-पत्र संलग्न करें
(Please attach proof of age of persons mentioned above)

16. 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 dependant upon you and are residing with you?

(कृपया उनका आपके साथ रहने का प्रमाण साथ लगाएं जैसाकि राशन कार्ड / निर्वाचन पहचान पत्र/पास पोर्ट / कालेज/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 college/school/University/Bank Pass Book, etc)

17. नीचे दिए गए स्थान पर (स्वयं सहित) परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम आपके परिवार के भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं की पहचान पत्र आकार की एक फोटोग्राफ चिपकाएं। (नाम दोनों भाषाओं में लिखें) 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):

कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name
कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदन फार्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदण्ड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को तत्काल सूचित करूँगा। यदि मैं सूचित करने में असफल होता हूँ और यदि केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को बदलाव के बारे में पता लग जाता है तो के.स.स्वा.यो द्वारा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं वापिस ले ली जाएंगी और के.स.स्वा.यो और/या उचित प्राधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई कर सकता है।

I undertake to intimate to CGHS immediately if there is any change 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 initiate any action against me.

मैं वचन देता हूँ कि मेरे स्थानांतरण, सेवा-निवृत्ति, बर्खास्तगी, पद त्यागने पर मंत्रालय/कार्यालय छोड़ने या केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधा की पात्रता न होने पर, मैं के.स.स्वा.यो कार्ड सौंप दूंगा।

I undertake 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 जाँच करने पर ठीक पाई गई और कोई सूचना छुपाई नहीं गई है या गलत तरीके से नहीं दी गई है और मैं इसके लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार हूँ।

I certify that the information furnished by me 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 पत्र / Proof of age of son/Disability certificate

सेवा में रहते हुए के.स.स्वा.यो 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 है।

यह सिफारिश की जाती है कि..... मंत्रालय/विभाग/संगठन में
कार्यरत श्री/श्रीमति/कुमारी..... पदनाम..... को
केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी किया जाए। संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिये गये हैं कि
आवेदक के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटना शुरू कर दिया जाए/आवेदक
के वेतन से हर माह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटा जाता है। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया
है।

सं०.....

दिनांक.....

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी का नाम
पदनाम(मोहर सहित)
टेलीफोन नम्बर.....

सेवा में

संबंधित शहरों के अपर-निदेशक /संयुक्त निदेशक केसस्वायो

(To BE FILLED BY THE SPONSORING 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 Subscriptions every month from the
salary of the applicant/ CGHS Subscriptions 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.s