

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

मैं एतद द्वारा घोषणा करता/ करती हूँ कि:-

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

क्रम सं०	नाम	जन्मतिथि दिन/माह/वर्ष	कर्मचारी से सम्बन्ध	मासिक आय(यदि कोई हो)	मैषमिक पुस्तिका सं०	वैधता तिथि (कार्यालय द्वारा भरी)
1						

मैं यह भी घोषणा करता /करती हूँ कि:-

(अ) मेरे द्वारा दी गयी उपयुक्त सूचना यदि गलत पायी जाती है तो संस्थान मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही करने के साथ -साथ मुझे तथा मेरे परिवार को संस्थान से मिलने वाली सभी चिकित्सा सुविधाये 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 मैं संस्थान को तुरंत सूचित करते हुए जारी चिकित्सा पुस्तिका वापिस जमा कर दूँगा ।

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

दिनांक :

हस्ताक्षर.....

कर्मचारी का नाम

जाँच उपरान्त अग्रसरित

पदनाम.....

विभाग.....

कर्मचारी/ पेशनर सं०.....

कार्यालयाध्यक्ष / विभागाध्यक्ष

वर्तमान पता.....

मोहर सहित

.....

श्री/श्रीमती /कु 0पदनाम

विभाग..... को जांचोपरांत क्रम सं०..... पर

आवेदित चिकित्सा पुस्तिका जारी कि जा सकती है ।

अनुमोदित

संमिधित सहायक

अधीक्षक

सहायक कुलसचिव/ उप कुलसचिव