

आश्रितों के लिए आईआईटी दिल्ली की चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के लिए कर्मचारियों के लिए घोषणा पत्र

Declaration Form For Serving Employees For Availing The Medical Facility of IIT Delhi For Dependents

मैं, यह घोषणा करता हूँ कि निम्नलिखित मेरे परिवार के सदस्य हैं जो मेरे साथ हैं और मुझ पर पूरी तरह निर्भर हैं।

I, hereby declare that the following are the members of my family who are residing with me and wholly dependent upon me.

S. No.	आश्रित का नाम Name of the Dependent	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with employee	जन्म की तारीख Date of Birth	विवाहित / अविवाहित Married / Unmarried	कार्यरत / बेरोजगार Employed / Unemployed	यदि आश्रित नियोजित है, तो कृपया संगठन का नाम और पता और प्रति माह सकल आय दें / In case the dependent is employed, please give the Name and Address of the Organization and the gross income per month

नोट: यदि पति / पत्नी कार्यरत है, तो नियोजक से एक प्रमाण पत्र जिसमें कहा गया है कि (क) संबंधित व्यक्ति नियोजक की चिकित्सा सुविधाओं का लाभ नहीं उठा रहे हैं, या (ख) नियोजक कोई चिकित्सा सुविधा प्रदान नहीं करता है या (ग) संबंधित व्यक्ति के वेतन पैकेज में कोई भी चिकित्सा भत्ते शामिल नहीं हैं।

Note: In case the Spouse is employed, a certificate from the employer stating that (a) the person concerned is not availing the medical facilities of the employer, or (b) the employer does not provide any medical facilities or (c) the salary package of the person concerned does not include any medical allowances.

ऊपर दिए गए आश्रित सदस्यों के विवरण सही हैं। यह भी प्रमाणित है कि उपरोक्त आश्रित मेरे साथ ही निवास कर रहे हैं। मेरे माता-पिता और अविवाहित / विधवा बेटी (याँ) जिनकी आयु 25 वर्ष या उससे अधिक है, का निवास प्रमाण पत्र संलग्न है। यदि कोई कथन असत्य पाया जाता है, तो मैं अनुशासनात्मक कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होगा।

The particulars of dependent members are given above are correct. It is also certified that the above dependents are residing with me. The residency proof of my parents and unmarried / widowed daughter(s) aged 25 years or more is also attached herewith. If any statement is found to be untrue, I shall be liable for disciplinary action.

(हस्ताक्षर) / (Signature)

कर्मचारी का नाम और कर्मचारी कोड / Name of the Employee & Emp. Code

पदनाम / Designation

विभाग / केंद्र / स्कूल / Department / Centre / School

दिनांक / Date

अग्रेषित / Forwarded

(विभागाध्यक्ष / केंद्र / विद्यालय) / (Head of the Deptt./ Centre / School)