

ಅನುಬಂಧ-1

FORM:A

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಅರ್ಜಿ

ಸೂಚನೆ: ಗಣಕ ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲು ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ಆಂಗ್ಲಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವುದು.

1	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಹೆಸರು:													
	ತಂದೆ/ಪತಿಯ ಹೆಸರು													
2	ಲಿಂಗ	ಪುರುಷ / ಸ್ತ್ರೀ												
3	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕೆ.ಜಿ.ಐ.ಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ													
4	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
5	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ													
6	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
7	ನೌಕರ ಹುದ್ದೆಯ ಮೇಲಿನ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಹುದ್ದೆ ಮತ್ತು ವೇತನಶ್ರೇಣಿ													
8	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮನೆ ವಿಳಾಸ													
9	ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಮೂಲ ವೇತನ													
10	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮಾತೃ ಇಲಾಖೆ													
11	ಸ್ವತಂತ್ರ ಪ್ರಭಾರದಲ್ಲಿ ಉನ್ನತ ಹುದ್ದೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಹುದ್ದೆಯ ಪದನಾಮ ಮತ್ತು ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ													
12	ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಶಾಲೆ ಹೆಸರು													
13	ನಿಯೋಜನೆ ಮೇರೆಗೆ ಇತರೆ ಇಲಾಖೆ/ ಅನ್ಯಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾತೃ ಇಲಾಖೆ													
14	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಅತನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೇ?	(ಉದಾ: ಪೊಲೀಸ್ ಇಲಾಖೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯ , ಯಾವುದಾದರೂ ಖಾಸಗಿ ವಿಮಾಯೋಜನೆ) ಹೌದು/ಇಲ್ಲ												
15	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಅತನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದು KASS ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೊಂದಾಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವರೇ?													

16	ಪತಿ ಅಥವಾ ಪತ್ನಿಯ ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು:	<p>1.ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಹೆಸರು:</p> <p>2.ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ: ವಯಸ್ಸು:</p> <p>3.ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ:</p> <p>4.ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರ: ಗೃಹಿಣಿ/ ಸರ್ಕಾರಿ/.....</p>
17	ತಂದೆ ವಿವರ	<p>1. ಹೆಸರು:</p> <p>2.ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ: ವಯಸ್ಸು:</p> <p>3.ಮಾಸಿಕ ವರಮಾನ:</p> <p>4.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೇ:</p> <p>5.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೇ:</p> <p>6.ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ:</p> <p>7.ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಅರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೇ?</p>
18	ತಾಯಿ / ಮಲ ತಾಯಿ	<p>1. ಹೆಸರು:</p> <p>2.ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ: ವಯಸ್ಸು:</p> <p>3.ಮಾಸಿಕ ವರಮಾನ:</p> <p>4.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೇ:</p> <p>5.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೇ:</p> <p>6.ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ:</p> <p>7.ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಅರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವರೇ?</p>
19	ಮಕ್ಕಳು-1	<p>1. ಹೆಸರು:</p> <p>2. ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ /ಸ್ತ್ರೀ</p> <p>3.ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ: ವಯಸ್ಸು:</p> <p>4.ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ:</p> <p>5.ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ:</p>

		<p>6.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೇ?</p> <p>7.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೇ?</p> <p>8.ಸ್ವಂತ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವವರೇ?</p> <p>9. ಅಂಗವಿಕಲತೆ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರೇ?</p>
20		<p>1. ಹೆಸರು:</p> <p>2. ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ /ಸ್ತ್ರೀ</p> <p>3.ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ: ವಯಸ್ಸು:</p> <p>4.ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ:</p> <p>5.ಆದಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ:</p> <p>6.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಿರುವರೇ?</p> <p>7.ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರೇ?</p> <p>8.ಸ್ವಂತ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವವರೇ?</p> <p>ಅಂಗವಿಕಲತೆ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರೇ?</p>

ಲಗತ್ತುಗಳು

1. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬದ ಅರ್ಹ ಸದಸ್ಯರ ಭಾವಚಿತ್ರಗಳು (ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ನೀಡುವುದು ಪ್ರತಿ ಐದು ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಒಮ್ಮೆ ಹೊಸ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಒದಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು)
2. ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ ದಾಖಲೆಗಳು
3. ಆದಾರ್ ಕಾರ್ಡುಗಳು
4. ವೇತನ ಚೀಟಿಗಳು
5. ಕಾನೂನು ದಾಖಲೆಗಳು (ದತ್ತು ವಿವಾಹ ಇತ್ಯಾದಿ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ)

FORM:A1

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ:

1. ನಾನು ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ನಿಜವಾಗಿರುತ್ತವೆ.
2. ನಾನು ಸ್ವಂತಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಭರಿಸುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಬೇರಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಾವತಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ, ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಾವತಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಾನು ಯೋಜನೆಯ ಲೆಕ್ಕಗಳಿಗೆ ಮರುಪಾವತಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
3. ನನ್ನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ/ಮಕ್ಕಳು ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನೋಂದಾಯಿತವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ/ನೋಂದಾಯಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.
4. ನಾನು ನನ್ನ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ನಿಯಮಗಳಡಿ/ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿ/ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ.
5. ನನ್ನ ತಂದೆ ತಾಯಿಯವರು ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸವಿರುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಅವರ ಒಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ ರೂಇರುತ್ತದೆ.
6. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದಲ್ಲಿ (ಉದಾ: ಮಗಳ ಮದುವೆ ಮಕ್ಕಳ ಜನನ ಸದಸ್ಯರ ಮರಣ ಇತ್ಯಾದಿ) ನಾನು ಅಂತಹ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಒದಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಸಂದರ್ಭಾನುಸಾರ ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಹೆಸರನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಲು ಅಥವಾ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
7. ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಲಾದ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ನನ್ನೊಂದಿಗೆ ವಾಸವಾಗಿದ್ದು ನನ್ನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.
8. ನಾನು KASS ಯೋಜನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದು ಅವುಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದಲ್ಲಿ ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಶಿಸ್ತು ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಉಂಟಾದ ಆರ್ಥಿಕ ನಷ್ಟವನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.
9. ನಾನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ನಿಂತು ಹೋದಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಡನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಬದ್ಧನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

FORM:A2

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಪತಿ ಅಥವಾ ಪತ್ನಿಯು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವರು ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ:

..... ಇವರ ಪತಿ/ಪತ್ನಿ ಆದ ನಾನು ನನ್ನ ಸ್ವಂತಕ್ಕೆ ಅಥವಾ
ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರ ಸಂಬಂಧ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿ
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಅಥವಾ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಸಂಬಂಧ
ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ ಅಡಿ ಪಡೆಯಲಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು
ಇನ್ನಾವುದೇ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಹಿಂಬರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

.....

FORM:A3

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ತಂದೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ಆತನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಆತನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣೆ:

ಎ. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ತಂದೆ ತಾಯಿ ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅವರು ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ/ಅವರ ಒಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ ರೂಆಗಿರುತ್ತದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

ಬಿ. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗ/ಮಗಳಾದ ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಅವಳು ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮದುವೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ/ ಮತ್ತು ಅಕೆಗೆ/ಅವನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

ಸಿ. ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಮಗ/ಮಗಳಾದ ನನ್ನ ಜೊತೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಅವಳು ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮದುವೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ/ ಮತ್ತು ಅಕೆಗೆ/ಅವನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಆದಾಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಸಹಿ

ದಿನಾಂಕ :

ಸ್ಥಳ :

FORM:B

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು(ನೌಕರನ ಸೇವಾವಹಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥ)
/ವರದಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ/ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅವರ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಮುಖಾಂತರ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ಇವರು ಒದಗಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಈ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಕೆಳಕಂಡ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ನೋಂದಾವಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಿಲ್ಲದೇ ಅಂತಹ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಇಂದೀಕರಿಸಲಾಗುವುದು.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ:

ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿ ವಿಳಾಸ:

ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡುವ ಅರ್ಹವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು:

[illegible]

FORM:C

ಡಿಡಿಓಗಳು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಘೋಷಣೆ/ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅವರ ಕಛೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಮುಖಾಂತರ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ಇವರು ಒದಗಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಯೋಜನೆಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು ಈ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಕೆಳಕಂಡ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ನೋಂದಾವಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪದನಾಮ :

ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿ ವಿಳಾಸ:

ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡುವ ಅರ್ಹವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು:

ಕ್ರ ಸಂ	ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ	ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ	ಷರಾ

ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸರಿಯಾಗಿರುವ ಕುರಿತು ನನ್ನ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾದ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅದರಂತೆ ಮೇಲಿನ ನಮೂದುಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಿಡಿಓ ಹೆಸರು ಪದನಾಮ ಹಾಗೂ ಇ ಸಹಿ