**राष्ट्रीय पादप जीनोम अनुसंधान संस्थान**

**National Institute of Plant Genome Research**

**सेवानिवृत्ति के बाद मेडिकल सुविधा पाने के लिए आवेदन**

**Application For Availing Medical Facility After Retirement**

1. आवेदक का नाम:

Name of the Applicant:……………………………………………………….

2. पिछला वेतन:

Last Pay…………………………………………………………………

3.घर का पता:

Residential Address:………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

4.टेलीफोन नंबर: (ग्रह) (मोबाइल)

Telephone Number: (R ) (M)

5.ईमेल आईडी:

e-mail ID ………………………………………………………………………..

6. सेवानिवृत्ति की तिथि:

Date of Superannuation: \_ \_\_/\_ \_/\_ \_ \_ \_

दिनांक महीना वर्ष

Date Month Year

7. परिवार का विवरण:

Details of Family:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं  S.No | परिवार के सदस्य  का नाम  Name of Family  Member | लाभार्थी के साथ रिश्ता  Relationship with the beneficiary | जन्म की तारीख  Date of Birth | आधार नम्बर  Aadhar No. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# ऊपर उल्लिखित व्यक्तियों की आयु का प्रमाण संलग्न करें}

{# Please attach Proof of age of Persons mentioned above}

**8.** जिनके नाम ऊपर दिए गए हैं आप पर निर्भर कर रहे हैं और आप के साथ रह रहे हैं? हां/नही

Are all the persons whose names are given above are dependent upon you and are

residing with you? Yes/No

{राशन कार्ड/निर्वाचन पहचान पत्र/पास पोर्ट/कॉलेज/स्कूल/विश्वविद्यालय द्वारा जारी किये गये पहचान पत्र/बैंक पासबुक आदि की प्रतिलिपि की तरह, उनके सामान्य रूप से आप के साथ रहने का प्रमाण संलग्न करे}।

{Please attach proof of their normally staying with you, like copy of Ration Card/Election ID/Pass Port/Identity Card issued by College/School/ University/ Bank Pass Book, etc.,}

9. नीचे दिए गये स्थान पर (स्वयं सहित) परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम (नाम दोनों भाषाओं में लिखे)i आपके परिवार के रूप में सम्मिलित किये जाने हैं, के पहचान पत्र आकार की एक फोटोग्राफ चिपकाए i: i iii

Paste one ID card size of photograph of each member of family (including self) whose names are proposed to be part of your family in the space given below (names should be written in both languages):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदन फार्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदंड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं एन.आई.पी.जी.आर को तत्काल सूचित करूँगा। iयदि मैं तुरन्त/प्रथम अवसर पर, सूचित करने में असफल होता हूँ, तो एन.आई.पी.जी.आर को मेरे खिलाफ़ कोई भी कार्यवाही, चिकित्सा प्रतिपूर्ति की सुविधा वापस लेने के समेत, करने की स्वतंत्रता है ।

I undertake to intimate to NIPGR immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate the change,immitiately or at the first opportunity, then NIPGR will be free to initiate any action against me, including withdrawal of medical reimbursement facility.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सूचना सही है और कोई सुचना छुपाई नहीं गई है या गलत तरीके से नही दी गई है और मैं इसके लिए पूर्ण जिम्मेदार हूँ।

I certify that the information furnished by me in this application is correct and no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

**सलंग्न**

**Encl:.**

1. आवासीय प्रमाण।

Proof of residence.

2.आश्रितों के साथ रहने का प्रमाण।

Stay of dependents.

3.पुत्र की आयु का प्रमाण/विकलांगता प्रमाण पत्र।

Proof of age of son/disability certificate.

4.अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की अनुप्रमाणित प्रतियां।

Attested copies of last pay certificate.

5.चिकित्सा अंशदान शुल्क (निदेशक,एन.आई.पी.जी.आर के नाम का) `\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ का चैक/डिमांड ड्राफ्ट संख्या: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बैंक/ब्रांच \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ पोस्टल आर्डर नंबर: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ संलग्न है।

The medical subscription(in the name of Director,NIPGR) of `\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ is enclosed, with Cheque/Demand Draft bearing number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dated\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Drawn on bank/Branch\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postal order no.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

हस्ताक्षर/Signature



