

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/नहीं

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 करें}।

{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 लिखें) 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। यदि मैं तुरन्त/प्रथम अवसर पर, सूचित करने में असफल होता हूँ, तो एन.आई.पी.जी.आर को मेरे खिलाफ 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, immediately 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 नहीं 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.

संलग्न

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

अनुदेश
INSTRUCTIONS

परिवार की परिभाषा / Definition of Family

- (1) पति/Husband/पत्नी/Wife (केवल पहली पत्नी First wife only) *
- (2) आश्रित माता पिता /सौतेली माँ (यदि दत्तक हैं, केवल दत्तक और असली माता पिता नहीं)
Dependent Parents/Step Mother(In case of adoption,only adoptive & not real parents)
- (3) यदि दत्तक पिता की एक से अधिक पत्नियाँ हैं, केवल पहली पत्नि।
If adoptive father has more than one wife, the first wife only.
- (4) महिला कर्मचारी के लिये अपने आश्रित माता-पिता या आश्रित सास-ससुर को सम्मिलित करने का विकल्प हैं; सेवा काल के दौरान विकल्प केवल एक बार बदला जा सकता है।
A female employee has a choice to include either her dependent parents or her dependent parents-in law; option exercise can be changed only once during service.
- (5) बच्चे: निम्नलिखित शर्तों के रहते हुए कानूनन सम्मिलित दत्तक बच्चे,सौतेले बच्चे,संरक्षता के लिए लिए गए बच्चे सम्मिलित हैं।
Children including legally adopted children, step children and children taken as wards subject to the following conditions:

(i)	पुत्र / Son	कमाना शुरू करने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त करने तक जो भी पहले हो। Till he start earning or attains the age of 25 years, whichever is earlier
(ii)	पुत्री / Daughter	कमाना शुरू करने या शादी हो जाने तक, आयु की कोई सीमा नहीं, जो भी पहले हो Till she start earining or gets married, irrespective of the age limit, whichever may be earlier.
(iii)	पुत्र किसी भी तरह की स्थाई विकलांगता से पीड़ित(शारीरिक या मानसिक)जैसा कि नीचे परिभाषित है Son suffering from any permanent disability of any kind(Physical or mental) as defined below	कोई आयु सीमा नहीं Irrespective of age limit,
(iv)	आश्रित तलाकशुदा/परित्यक्ता या अपने पति से अलग/विधवा लड़कियाँ और आश्रित विवाहित/तलाकशुदा/परित्यक्ता या अपने पति से अलग/ विधवा बहनें Dependent divorced/abandoned or separated from their husband/widowed daughters and dependent unmarried/ divorced abandoned or separated from their husband/widowed sisters.	कोई आयु सीमा नहीं Irrespective of age limit
(v)	आश्रित अवस्यक भाई Dependent Minor brother(s)	व्यस्क होने की आयु तक Upto the age of becoming a major,

25 वर्ष से ऊपर विकलांग पुत्र के लिए केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं प्राप्त करने हेतु कृपया सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

For the purpose of availing Medical facility for a disabled sons above 25 years,
Please attach a cocy of the certificate of disability issued by the competent authority.

विकलांगता: विकलांग व्यक्ति(सामान अवसर, अधिकारों की सुरक्षा तथा पूर्ण भागीदारी)अधिनियम, 1995(1996 का 1) की धारा 2(1) में निर्धारित विकलांगता होगी जो कि नीचे प्रस्तुत की गई हैं:

'Disability': will be As DEFINED IN SECTION 2(1) OF THE PERSONS WITH DISABILITIES (EQUAL OPPORTUNITIES PROTECTION OF RIGHTS AND FULL PARTICIPATION) ACT, 1995 (NO: 1 of 1996) WHICH IS REPRODUCED BELOW:

विकलांगता का अर्थ

"DISABILITY MEANS

- (I) अंधापन /BLINDNESS
- (II) कम दिखना /LOW VISION
- (III) उपचारित कुष्ठ / LEPROCY CURED
- (IV) सुनना बन्द हो गया है / HEARING IMPAIRMENT
- (V) चलने फिरने में कठिनाई /LOCOMOTOTR DISABILITY
- (VI) मानसिक अवरुद्धता / MENTAL RETARDATION
- (VII) दिमागी बीमारी /MENTAL ILLNESS
- (VIII)

आश्रिता /Dependency:

परिवार के सदस्य (पति/पत्नि को छोड़कर)जिनकी मासिक आय 3500/-+ महंगाई भत्ता से कम है उनको आश्रित समझा जाए और जो सामान्यतः केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना लाभार्थी के साथ रहते हैं।

Members of family (other then spouse)whose income is less than Rs.3500/-+DA per month are treated as dependents and are normally residing with beneficiary.

निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न किए जाएं।

The Following Documents are to be enclosed:

- (1) आवासीय प्रमाण/आश्रितों का निवास-(राशन कार्ड / निर्वाचन पहचान पत्र/पास पोर्ट/कालेज, स्कूल,विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पास बुक आदि की प्रति)
Proof of Residence /Stay of dependents- (copy of Ration Card/ Election ID/Pass Port/ Identity Card issued by College/ School/University/Bank Pass Book,etc.)
- (2) पुत्र की आयु का प्रमाण / Proof of age of son
- (3) सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता प्रमाण -पत्र की सत्यापित प्रति(यदि आश्रित पुत्र की आयु 25 या उससे अधिक हैं)
Attested copy of Disability certificate issued by Competent Authority(in case of dependent son aged 25 and above)