

सीजीएचएस कार्ड नम्बर, जबकि सेवा में : -----
CGHS Card No while in service : -----

केन्द्रीय सरकार के पेंशनरों के लिए सीजीएचएस कार्ड के लिए आवेदन
APPLICATION FOR CGHS CARD for PENSIONERS OF CENTRAL GOVERNMENT

1. आवेदक का नाम:

Name of the Applicant:

2. श्रेणी पेंशनर्स अन्य (निर्दिष्ट करें)
Category Pensioners Others (Pl.Specify)

3. सेवानिवृत्त जहां से विभाग / सेवा का नाम

Name of Department / Service from where retired

4. पिछले वेतन मूल पेंशन

Last Pay Basic Pension :

5. घर का पता:

Residential

Address:.....

6. टेलीफोन नंबर: (आर) (एम)

Telephone Number: (R) (M)

7. ईमेल आईडी

e-mail ID

8. सेवानिवृत्ति की तिथि:

Date of Superannuation:

___/___/___
दिनांक माह वर्ष
Date Month Year

9. परिवार का विवरण

Details of Family

{ * इस कॉलम भरने से पहले परिवार की परिभाषा देखने के लिए कृपया }

{ * Please see definition of Family before filling up this column }

क्र.सं. S.No.	परिवार के सदस्य का नाम Name of Family Member	हिन्दी में नाम Name in Hindi	सीजीएचएस कार्ड धारक से संबंध Relationship to CGHS Card Holder*	जन्मतिथि # (अनिवार्य) Date of Birth# (Compulsory)	आधार नंबर Aadhar No	ब्लड ग्रुप (वैकल्पिक) Blood Group (optional)
			स्वयं Self			

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

10. जिनके नाम से ऊपर दिया जाता है तुम पर निर्भर कर रहे हैं और आप के साथ रह रहे हैं और सभी व्यक्तियों 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 किए गए पहचान पत्र / बैंक पासबुक की प्रतिलिपि की तरह, आदि, 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., }

11. नीचे दिए गए स्थान पर (स्वयं सहित)परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम(दोनों भाषाओं में) आपके परिवार के भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं की पहचान पत्र आकार की एक फोटोग्राफ चिपकाएं(नाम दोनों भाषाओं में लिखें)Paste one ID card size of Photograph of each member of Family(including self) whose names are proposed to be included as part of your family in the space given below(Names should be written in both the languages):

कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name
कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदन फार्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदण्ड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को तत्काल सूचित करुंगा। यदि मैं सूचित करने में असफल होता हूँ और यदि केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को बदलाव के बारे में पता लग जाता है तो के.स. स्वा.यो द्वारा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं वापिस लें ली जाएंगी और केसस्वायो और/या उचित प्राधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई कर सकता है।

I undertake to intimate to CGHS immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate and if the CGHS comes to know of the change then the CGHS facility is liable to be withdrawn by the CGHS and the CGHS and/or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

मैं वचन देता हूँ कि केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधा की पात्रता न होने पर, मैं के0स0स्वा0यो0 कार्ड सौंप दूंगा।

I undertake to surrender the CGHS Card(s) on ceasing to be eligible for CGHS benefits.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सूचना जाँच करने पर ठीक पाई गई और कोई सूचना 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 has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

अनुलग्नक/ Encl:—आवासीय/आश्रितों के साथ रहने का प्रमाण / Proof of Residence/Stay of dependents
पुत्र की आयु का प्रमाण/विकलांगता प्रमाण पत्र /Proof of age of son/Disability certificate
सेवा में रहते हुए के केसस्वायो कार्ड के समर्पण का प्रमाण पत्र /Surrender Certificate of CGHS Card while in service
पीपीओ तथा अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की अनुप्रमाणित प्रतियां /Attested copies of PPO & Last Pay Certificate

:3:

अदाकर्ता बैंककी शाखा.....पर आहरित रु0.....के
लिये डिमाण्ड ड्राफ्ट सं0...../पोस्टल ऑर्डर सं0.....
दिनांक.....संलग्न है।

Enclosed DD bearing No.....dated.....drawn on Bank.....
Branch...../Postal OrderNo.....for Rs.....

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

सेवा मे /To

अपर निदेशक,केसस्वायो(मुख्यालय),9 बीकानेर हाऊस हटमेंट्स,शाहजहां रोड,नई दिल्ली।

The Additional Director, CGHS (HQ), 9-Bikaner House Hutments, Shahjahan Road, New Delhi.

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता ,केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना(मुख्यालय) द्वारा सत्यापित

...../...../...../ तक वैध/आजीवन काल के लिये

Verified- by Authorized Signatory, CGHS (HQ) valid upto/...../...../ For Rest of Life.

आबंटित सम्पूर्ण स्वास्थ्य केन्द्र /CGHS Wellness Centre Allotted

(* केसस्वायो द्वारा भरा जाए /to be filled by CGHS)

प्राप्तता: जनरल वार्ड / सैमी-प्राइवेट वार्ड /प्राइवेट वार्ड
Entitlement General Ward / Semi Private Ward / Private Ward

हस्ताक्षर / Signature

