

केन्द्रीय शीतोष्ण बागवानी संस्थान
CENTRAL INSTITUTE OF TEMPERATE HORTICULTURE

(भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद)

(Indian Council of Agricultural Research)

के. डी. फार्म, पुराना हवाई क्षेत्र, पो. आ. रंगरेठ- 190007

K.D. Farm, old Air Field, P.O. Rangreth -190007

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के संबंध में

परिवार के सदस्यों का विवरण

DETAILS OF FAMILY MEMBERS IN CONNECTION WITH THE
REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES.

- सरकारी कर्मचारी का नाम
Name of the Govt. Servant : _____
- पदनाम
Designation : _____
- नियुक्ति तिथि
Date of Appointment : _____
- मेरे परिवार सदस्यों का विवरण
Details of the members of my family as on: _____

| क.सं. S.No. | परिवार के सदस्यों /आश्रितों के नाम Name of the Members of the family/ dependents | सरकारी कर्मचारी से उनका संबंध Relationship with the Govt. Employee | यदि बच्चे हो तो उनकी आयु तथा जन्म तिथि Age/ date of birth in case of children | अभियुक्तियाँ Remarks |
|----------------|---|---|--|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

मैं एतद्वारा धाषित करता हूँ कि मेरे परिवार के सदस्यों में वृद्धि या परिवर्तन के बारे में कार्यालय प्रधान को सूचित करने के द्वारा उपर्युक्त विवरण को अधतन बनाए रखूँगा ।

यह प्रमाणित किया जाता है कि मेरी/ मेरे माता/ पिता, जिनकी सभी स्त्रीवो से आयु रू १५००/- से अधिक नहीं है सामान्यतः मेरे साथ ही रहते हैं और पूर्णतः मुझ पर निर्भर हैं ।

Certified that my father/mother normally reside with me and wholly depend upon me whose total income from all sources does not exceed Rs. 1500/- P.M

हस्ताक्षर/ Signature

स्थान/Place

दिनांक/ Date