



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

साकेत नगर भोपाल (मध्यप्रदेश)– 462024
Saket Nagar, Bhopal (M.P.) – 462024

ई. एच. एस. कार्ड हेतु आवेदन
APPLICATION FOR EHS CARD

(आवेदन पत्र हिन्दी/अंग्रेजी में भरना अनिवार्य है)
(Application should be filled in Hindi/English is mandatory)

कृपया जो लागू हो उस पर सही (V) का निशान लगाए तथा जो लागू नहीं हो उस पर क्रॉस (X) का निशान लगाएं।

Please tick (v) which is applicable and strike out of (x) whichever not applicable.

नए ई.एच.एस. कार्ड हेतु आवेदन

Application for new E.H.S. Card:

पुराने ई.एच.एस कार्ड के बदले नए ई.एच.एस कार्ड हेतु आवेदन:

Application for new E.H.S. Card to replace old card:

यदि हां तो पुराने ई.एच.एस. कार्ड की सं.

If yes old EHS No:

1. आवेदक का नाम.....

1. Name of the applicant:

2. श्रेणी: कृपया उपयुक्त कथन पर सही (V) का निशान लगाएं।

2 Category: Please tick (v) whichever is appropriate

(क) सेवारत कर्मचारी: नियमित तदर्थ अस्थायी प्रतिनियुक्ति पर

a. Service Employee: Regular Adhoc Temporary Status on Deputation

(ख) रेजीडेंट: वरिष्ठ रेजीडेंट कनिष्ठ रेजीडेंट

b. Resident: Senior Resident Junior Resident

(ग) पीएचडी. स्कॉलर सहित अनुसंधान कर्मचारी:

C. Research staff including Ph.D Scholar:

(घ) पेंशनभोगी:

d. Pensioner:

(ङ.) पात्रता की श्रेणी:

| | | | |
|---------------|--|-------------------|--|
| जनरल वार्ड | | प्राइवेट वार्ड | |
| Gen. ward | | Pvt. Ward | |

e. Entitlement Class:

(च) विद्यार्थी:

f. Student:

(छ) अन्य:

g. Other:

कृपया स्पष्ट करें

Please Specify

3. पदनाम:

3. Designation:

4. विभाग/अनुभाग का नाम:

4. Name of Department/ Section:

5. वेतन बैंड एवं ग्रेड पे:

5. Pay Band & Grade Pay:

6. वर्तमान मूल वेतन:.....

6. Present Basic pay:

7. अंतिम वेतन/मूल पेंशन:

7. Last Pay/Basic Pension:

(यदि पेंशनभोगी हैं तो ई.एच.एस. लाभार्थी के अंशदान का उल्लेख करें)

(If Pensioner Please mentioned Contribution for EHS Benefit)

| | | | |
|----------|--|------------|--|
| एक वर्ष | | जीवन भर | |
| One year | | Whole life | |

8. कार्यालय का पता:

8. Office Address:

9. निवास का पता:

9. Residential Address:

10. दूरभाष सं.(कार्या.)(निवास).....(मो.).....

10. Telephone Number: (O) (R)..... (M)

11. ई-मेल आई.डी.:

11. E-mail Address:

12(क) सेवानिवृत्ति की तारीख (यदि एम्स, भोपाल में कार्यरत कर्मचारी है)
दिन माह वर्ष

12. a) Date of Superannuation(in case of serving AIIMS Employee):
DD MM YY

(ख) कार्यकाल पूरा होने की तारीख(रेजीडेंट, अनुसंधान स्टाफ, पीएच-डी. स्कॉलर एवं प्रतिनियुक्ति स्टाफ के मामलों में)
दिन माह वर्ष

b) Date of completion of tenure (in case of residents, research, Research staff, Ph.D scholars & deputation staff as applicable)
DD MM YY

13. परिवार के सदस्यों का विवरण:

13. Details of Family:

(कृपया इस कॉलम को भरने से पहले परिवार की परिभाषा (पेज 7) को देख लें)

(Please see definition at (Page-7) of family before filling up this Column)

| क्र. सं. | परिवार के सदस्यों के नाम | ई.एच.एस. कार्डधारक से संबंध | जन्म तिथि | ब्लड ग्रुप | वैधता संबंधी जानकारी संबंधित अनुभाग द्वारा भरा जाये। |
|----------|--------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------|--|
| S.No. | Name of Family Members | Relationship With EHS Card Holder | Date of Birth | Blood Group | (Validity to be Filled by Concerned Establishment Section) |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |

14. क्या वे सभी व्यक्ति जिनके नाम ऊपर दिए गये हैं आप पर आश्रित हैं? हां नहीं

14. Are all the persons whose names are given above are dependent upon you? Yes No

i) कृपया उनके साथ अपने संबंध का प्रमाण पत्र जैसे ई.एच.एस. टोकन कार्ड/राशन कार्ड/निर्वाचन कार्ड/पासपोर्ट/कॉलेज/स्कूल/विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पास बुक इत्यादि संलग्न करें।

i) Please attach proof of their relationship with you, like copy of EHS token card issued/Ration Card/Election Card/Passport/Identity Card issued by College/School/University/Bank Pass Book Etc.

ii) कृपया पुत्र (पुत्रों) की आयु का प्रमाण-पत्र तथा यदि पुत्री (पुत्रियाँ) अविवाहित हैं और 18 वर्ष से अधिक है तो स्वयं के घोषणा का प्रमाण-पत्र पृष्ठ सं. 7 के आधार पर संलग्न करें।

ii) Please attach proof of dependency in respect of age of son(s) & daughter(s) with reference to dependency criteria attached herewith at page -7.

15. परिवार के प्रत्येक आश्रित सदस्य (स्वयं को शामिल करते हुए) का एक फोटोग्राफ लगाएं, दिए गए स्थान में अपने परिवार के सदस्यों को शामिल करते हुए कालम 13 में दिए आंकड़े के अनुसार ई.एच.एस. लाभार्थी का नाम नीचे लिखें :-

15. Paste one Photograph of each member of dependent Family members (including staff) who are required to be Included for providing E.H.S. benefit (please note that the sequence for providing data in respect of this Columns should be in order of above mentioned sequence in column 13).

| | | | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| क्र.सं. | क्र.सं. | क्र.सं. | क्र.सं. |
| नाम | नाम | नाम | नाम |
| वैधता | वैधता | वैधता | वैधता |
| S.No. | S.No. | S.No. | S.No. |
| Name | Name | Name | Name |
| Validity..... | Validity..... | Validity..... | Validity..... |
| क्र.सं. | क्र.सं. | क्र.सं. | क्र.सं. |
| नाम | नाम | नाम | नाम |
| वैधता | वैधता | वैधता | वैधता |
| S.No. | S.No. | S.No. | S.No. |
| Name | Name | Name | Name |
| Validity..... | Validity..... | Validity..... | Validity..... |

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपर्युक्त विवरणानुसार मेरे परिवार के समस्त सदस्य पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित हैं।

I certify that my family members as above are wholly dependent on me.

मैं यह वचन देता/देती हूँ कि इस आवेदन पत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित संबंधी मापदंडों में यदि कोई परिवर्तन होता है तो मैं इसकी तत्काल सूचना दूंगा। यदि मैं सूचित करने में असफल रहा और यदि प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो एम्स, द्वारा ई.एच.एस. सुविधा को वापस ले लिया जाएगा अथवा सक्षम प्राधिकारी को मेरे विरुद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता होगी।

I undertake to intimate immediately if there is any change in dependency criteria of my family members including in this application form. If fail to intimate and if the authorities come to know of the same, then the E.H.S. facility is liable to be withdrawn by the AIIMS and/ or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

मैं यह भी वचन देता/देती हूँ कि एम्स में अपने कार्यकाल पूर्ण होने/सेवानिवृत्ति/सेवा समापन/त्याग – पत्र की दशा में ई. एच.एस. लाभार्थियों को प्रदाय सुविधाओं को बन्द करने हेतु ई.एच.एस. कार्ड को वापिस जमा कर दूंगा।

I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AIIMS on completion of tenure/ retirement/ termination/ resignation or on ceasing to be eligible of EHS benefits.

मैं प्रमाणित एवं आश्वस्त करता/करती हूँ कि मेरे आवेदन पत्र में दी गई समस्त सूचनाएं मेरी जानकारी में पूर्णतः सही एवं सत्य है और कोई भी सूचना गुप्त नहीं रखी गई है अथवा अनुचित ढंग से प्रस्तुत नहीं की गई है।

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.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा ई.एच.एस. लाभ के लिए निर्धारित अंशदान एक वर्ष/जीवन भर के लिए जमा कर दिया गया है। (केवल सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए):

I Certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life

(for pensioner only):

संलग्नक: आश्रितों के साथ संबंध संबंधी प्रमाण:

Encl: Proof of Relationship with dependents:

निवास का प्रमाण दिव्यांगता प्रमाण पत्र

Proof of residence Disability certificate

पीपीओ एवं अंतिम वेतन प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रतियां

Attested copies of PPO & Last-pay Certificate

(कृपया जो लागू हो उस पर सही (v) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (x) दें)

(Please tick (v) whichever is applicable and strike out or (x) whichever not applicable)

(विभाग/अनुभाग अध्यक्ष द्वारा अग्रेषित)

(Forwarded by Head of Deptt./Section)

(आवेदक के हस्ताक्षर)

(Signature of applicant)

घोषणा-पत्र Declaration

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मेरे पिता/माता/ससुर/सास श्री/श्रीमती
पूर्णतः/मुख्यतः मेरे ऊपर आश्रित हैं तथा वह/वे सामान्यतः भोपाल में मेरे साथ ही रहते हैं।

I hereby declare that my Father/Mother/Father-in-Law/Mother-in-Law namely
Is/are wholly/mainly dependent upon me and that he/she/they normally reside with me at Bhopal.

मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिता श्री तथा मेरी माता
श्रीमती..... मुझ पर आश्रित हैं तथा उनकी सभी स्त्रोतों से आय अर्थात् पेंशन,
परिवार पेंशन तथा डी.सी.आर.जी. के समकक्ष पेंशन एवं उस पर महंगाई भत्ते को मिलाकर रु. 9000/- प्रतिमाह से अधिक
नहीं है।

I also certify that my father namely and mother namely.....
are dependent on me and their income from all sources including Pension, Family pension and pension equivalent
of DCRC does not exceed Rs. 9000/- per month plus the amount of Dearness Relief there on.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरा पुत्र श्री..... आयु वर्ष
अविवाहित/बेरोजगार है एवं पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।

I certify that my son ageYears is unmarried/ unemployed and wholly
dependent on me.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरी पुत्री सुश्री आयु वर्ष
अविवाहित/बेरोजगार है एवं पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।

I certify that my daughter ageYears is unmarried/ unemployed
and wholly dependent on me.

संस्थान के कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Institute employee.

(संबंधित प्रशासनिक अधिकारी द्वारा सत्यापित किया जाए)
(To be Verified by the concerned Admin. Officer)

1. आवेदक द्वारा प्रदाय की गई जानकारी उनके सेवा अभिलेख से सत्यापित की गई जिसके अनुसार श्री/श्रीमती/कुमारी पदनाम जो इस विभाग/अनुभाग/केन्द्र/एकक में कार्यरत है को ई.एच.एस. सं. जारी करने के लिए अनुशंसा की जाती है।
1. The information furnished by the applicant has been verified from his service records and found to be correct. It is recommended that a E.H.S No.to be issued to Shri/Smt/Kumari Designation.....who is working in this Department/Section/Centre/Unit.
2. एम्स, भोपाल के वित्त प्रभाग को आवेदक के वेतन से प्रत्येक माह वांछित ई.एच.एस. अंशदान की कटौती करने के बारे में सूचित कर दिया गया है।
2. Finance division AllMS, Bhopal has been intimated about required deduction towards the E.H.S. subscription every month from the salary of the applicant.
3. अनुरोध है कि ई.एच.एस. टोकन कार्ड के अनुसार लाभार्थी/लाभार्थियों को नये फोटोकार्ड एवं ई.एच.एस. पुस्तिका जारी करने पर विचार करें।
3. It is requested to consider for the issue of New E.H.S. photo Cards and E.H.S. Books to the beneficiary/ beneficiaries as per E.H.S. token card.

संबंधित प्रशासनिक अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the concerned Administrative Officer

(ई.एच.एस. प्रकोष्ठ के द्वारा भरा जाएगा)
(To be filled by the E.H.S. Cell)

आवेदक को ई.एच.एस. सं. नई ई.एच.एस. प्रकोष्ठ द्वारा आवंटित किया गया।
E.H.S. No.has been allotted to the applicant by the New E.H.S. Cell.

सहायक प्रशासनिक अधिकारी/प्रशासनिक अधिकारी
के हस्ताक्षर और मुहर
Signature & Seal of Assistant Administrative Officer
/ Administrative Officer

प्रशासनिक अधिकारी/
वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी
Administrative Officer/
Senior Administrative Officer