

यू.आर. राव उपग्रह केन्द्र/U R RAO SATELLITE CENTRE
सीएचएसएस घोषणा फार्म - 2024/CHSS FORM OF DECLARATION- YEAR 2024

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि अंतरिक्ष विभाग की अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना (सीएचएसएस) के अंतर्गत शामिल किये गए मेरे परिवार के निम्नलिखित सदस्य पूर्णतया मुझ पर आश्रित हैं तथा (सीएचएसएस योजना के अनुच्छेद 3.2.4 के अनुसार) वास्तविक रूप से मेरे साथ रह रहे हैं। I hereby declare that the following member(s) of my family who have been included under the Contributory Health Service Scheme (CHSS) of the Department of Space are wholly dependent on me (in terms of Para 3.2.4 of the CHS Scheme).

क्रम सं./ Sl. No	परिवार के आश्रित सदस्यों के नाम Name of the dependent family member(s)	जन्म तिथि Date of Birth	लिंग sex	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the employee	निर्देशित दिव्यांग (हाँ/नहीं) PwBD (Yes/No)	व्यवसाय (यदि कार्यरत हैं तो नियोक्ता का पता) Occupation (If employed furnish the address of the employer)	क्या कर्मचारी के साथ रहते हैं / Whether residing with the employee	यदि वे कर्मचारी के साथ नहीं रहते हैं, अन्य सी.एच.एस.एस. केंद्र / सी.एस.एम.ए. में लाभ प्राप्त कर रहे हैं If not residing with the employee, whether availing benefits in other station under CHSS / CSMA/CGHS	सभी स्रोतों से मासिक आय रु./ Monthly income from all sources (In Rs.)	वैवाहिक स्थिति (विवाहित / अविवाहित / विधवा) Marital Status (Married /Unmarried/ Widow)

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि यदि मेरा द्वारा दी गई घोषणा गलत साबित होती है तो, पूरे परिवार सदस्यों के लिए सी.एच.एस.एस सुविधा को हटाने के अलावा नियमानुसार, अन्य अनुशासनिक / अन्य कार्रवाई के लिए बद्ध रहूँगा/रहूँगी। साथ ही मैंने अपने परिवार के किसी भी सदस्यों के वैधता समाप्त अथवा सदस्यों के नाम पर आश्रित सी.एच.एस.एस कार्ड को नहीं रखा है। I hereby declare that in case my declaration is proved false, I am liable for disciplinary /other action as per rules apart from withdrawing CHSS facility to the entire family member. Also I do not possess any validity expired or non-dependent CHSS cards in the name of any of my family members.

पता / Address :

पिनकोड / Pin code:

दिनांक / Date

सेवा में / To : प्रशासन अधिकारी, सीएचएसएस / Administrative Officer, CHSS

हस्ताक्षर/Signature

नाम/Name

स्टाफ कोड नं / Staff Code No

पदनाम व प्रभाग /Designation & Division

दूरभाष /Phone:

ईमेल आईडी/E-Mail ID

:

:

:

:

:

:

आवास (Res):.

नोट/Note:

- यदि परिवार के किसी सदस्य [वेतन/पेंशन, मंहगाई भत्ता/ राहत तथा उपदान के समान पेंशन सहित] का सभी स्रोतों से प्राप्त आय **रु. 9000/-+ लागू म.भ व / म.रा** प्रतिमाह से अधिक नहीं है, तो उन्हें मुख्य लाभार्थी का आश्रित माना जाता है। If the income from all sources [including Salary/Pension, Dearness Allowance/Relief and pension equivalent of gratuity] of the family member (No income criteria for spouse) does not exceed **Rs. 9000/-+ prevailing DA/DR** per month, then she/he is treated as dependent.
- यदि कर्मचारी के पुत्र 25 से अधिक आयु व निर्धारित सीमा से अधिक अर्जन करता (कमाई) है, तो वह सी.एच.एस.एस. लाभ प्राप्त करने के लिए अर्ह नहीं है। If the son's age of the employee is exceeding 25 years or employed and earning more than the prescribed limit, he is **ineligible** to avail benefits under CHSS
- अं.वि.का.ज्ञा.दि: 01.05.2023 व एफएक्यू दिनांक 21.06.2023 के अनुसार विवाह-विच्छेद बहनें, विधवा / विवाह - विच्छेद / कानूनी रूप से अलग पुत्री के नाबालिक बच्चे सी.एच.एस.एस लाभ प्राप्त करने के लिए अर्ह नहीं है। As per DOS O.M. dated 01.05.2023 and FAQ dated 21.06.2023, Divorced sister, Minor children of widowed / divorced / legally separated daughter are **ineligible** under CHSS.
- यदि लाभार्थी 18 वर्ष का या उससे अधिक हो, तो कर्मचारियों को घोषणा प्रपत्र के साथ सी.एच.एस.एस के तहत, घोषित आश्रितों के आश्रित होने को साबित करने हेतु आयके प्रूफ (विविध राज्य सरकार के संबंधित प्राधिकार द्वारा जारी आय प्रमाण पत्र या फाईल किए आई.टी.आर. की प्रति) को प्रस्तुत करना होगा। **If the beneficiary is 18 years and above**, the employee must submit **income proof (either income certificate issued by concerned Authority under different State Governments or a copy of filed ITR)** along with **Declaration Form** to prove dependency of the declared dependent under CHSS.

पश्च सेवा निवृत्ति के नौकरी प्रमाण पत्र
POST RETIREMENT EMPLOYMENT CERTIFICATE

मैं _____ पदनाम _____ कर्मचारी सं. _____ जो _____ को सेवानिवृत्त होकर _____ के साथ _____ के रूप में कार्यरत/(दिनांक सहित प्रस्तावित नौकरी) / व्यापार कर रहा/रही हूँ तथा _____ से प्रति माह/प्रति वर्ष रु. _____ आय के रुपये प्राप्त कर रहा/रही हूँ। उपरोक्त सहित अन्य सभी स्रोतों से कुल आय _____ से रु. _____ है।

I _____ Designation _____ Staff No. _____ retired on _____ is employed/engaged in trade (including proposed employment with date) as _____ with _____ and is in receipt of an income of Rs. _____ per month /per annum w.e.f. _____. The total income from all other sources including the above is Rs. _____ w.e.f. _____.

अथवा / OR

मैं _____ पदनाम _____ कर्मचारी सं. _____, दिनांक _____ को सेवानिवृत्त हुआ तथा मैं किसी भी तरह की नौकरी/व्यापार नहीं कर रहा/रही हूँ तथा पेंशन सहित, सभी अन्य स्रोतों से मेरी आय _____ से प्रति माह/प्रति वर्ष रु. _____ है।

मेने वर्ष 2023 का जीवन काल अंशदान /वार्षिक अंशदान का भुगतान किया है।

I _____ Designation _____ Staff No. _____ retired on _____ is not employed/engaged in trade and my income from all other sources including pension is Rs. _____ per month/per annum w.e.f. _____.

I have paid Life Time Contribution / Annual Contribution for the year 2024.

स्थान/Place:

दिनांक/Date :

हस्ताक्षर/Signature

सेवानिवृत्त कर्मचारी के सेवारत पति/पत्नी द्वारा प्रमाणपत्र
CERTIFICATE BY EMPLOYED SPOUSE OF RETIRED EMPLOYEE

मैं _____, _____ की पत्नी या श्रीमती _____ के पति जो युआरएससी/इसरो (केन्द्र/यूनिट/संगठन) से दिनांक _____ को सेवानिवृत्त हुए तथा मैं _____ में _____ के रूप में सेवारत/व्यापार कर रहा/रही हूँ तथा एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पति/पत्नी व बच्चे इस विभाग के चिकित्सा योजना में शामिल नहीं हैं ना ही अन्य किसी स्रोत से चिकित्सा सुविधा प्राप्त कर रहे हैं और वे अं.वि. के सी.एच.एस.एस. के चिकित्सा सुविधा तहत श्री./श्रीमती. _____ पर आश्रित हैं।

I, _____ W/o / H/o Sri/Smt. _____ who retired from URSC/ISRO (Centre/Unit/Organization) on _____, am employed/engaged in trade with _____ as _____ and hereby declare that I, my spouse & children are not included in the Medical Scheme of this department or availing medical facility from any other source and are dependent on Shri/Smt. _____ for Medical facilities under CHSS of DOS.

स्थान/Place:

दिनांक/Date :

हस्ताक्षर/Signature

मृत/सेवानिवृत्त कर्मचारी के सेवारत पति/पत्नी द्वारा प्रमाण पत्र
CERTIFICATE BY EMPLOYED SPOUSE OF DECEASED/RETIRED EMPLOYEE

मैं _____, दिनांक _____ को मृत _____ (केन्द्र/यूनिट/संगठन) के पति/ की पत्नी _____ में _____ के रूप में कार्यरत/व्यापार कर रहा/रही हूँ तथा एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैं व मेरे बच्चे, इस विभाग के चिकित्सा योजना में शामिल नहीं हैं या अन्य किसी स्रोत द्वारा चिकित्सा सुविधा प्राप्त नहीं कर रहे हैं और अं.वि. के सी.एच.एस.एस. के तहत चिकित्सा सुविधाओं पर आश्रित हैं।

I, _____ W/o H/o Sri/Smt. _____ of _____ (Centre/Unit/Organization) who expired on _____, is an employed/engaged in trade with _____ as _____ and hereby declare that I & my children are not included in the Medical Scheme of this department or availing medical facility from any other source and are dependent on Medical facilities under CHSS of DOS.

स्थान/Place:

दिनांक/Date :

हस्ताक्षर/Signature