

भाकृअनुप- भारतीय कृषि सांख्यिकी अनुसंधान संस्थान
लाईब्रेरी एवेन्यू, पूसा, नयी दिल्ली-110012

मिसिल 3(1)/2021-प्रशा-11

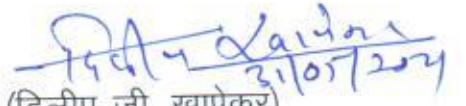
दिनांक 31.05.2021

परिपत्र

संस्थान से सेवानिवृत्त अधिकारी/कर्मचारी, जिनके पेंशन सी.जी.एच.एस. कार्ड दिनांक 01.07.2021 से 30.06.2022 तक के लिय नवीनीकरण होने हैं उनसे अनुरोध है कि संलग्न फार्म भर कर तथा पेंशन सी.जी.एच.एस. कार्ड की फोटोकापी लगाकर दिनांक **07.06.2021** तक अवश्य अधोहस्ताक्षरी को e-mail (medical.iasri@icar.gov.in), By Hand अथवा By Post द्वारा भेज दें साथ ही उनसे यह भी अनुरोध किया जाता है कि वह अपने अशंदात की राशि (यदि देय है) संस्थान के खंजाची के पास जमा करवा दें अथवा Net Banking से संस्थान के खाता में निम्नलिखित विवरण के अनुसार जमा करवा दें।

Name of the A/c Holder: ICAR Unit-IASRI, New Delhi
Name of the Bank : Canara Bank
Address Branch : IASRI, Pusa Campus, New Delhi-12
Account No. : 91421010000017
IFSC Code : CNRB0019142
Nature of Account : Current Account
MICR Code : 110015498

यह परिपत्र निदेशक महोदय, भा.कृ.सां.अनु.सं. की स्वीकृति से जारी किया जाता है।


(दिलीप जी. खापेकर)
सहायक प्रशासनिक अधिकारी

FORM FOR RENEWAL OF C.G.H.S. CARD FOR PENSIONERS
पेंशनर सी.जी.एच.एस. कार्ड को नवीनीकरण करने हेतु फार्म

The
 सेवा में,
 A.A.O. (Admin. II Section)
 स.प्र.अ. (प्रशा- II अनुभाग)
 ICAR- I.A.S.R.I.
 भा.कृ.अनु.प-भा.कृ.सां.अ.सं
 Pusa, New Delhi - 110012.
 पूसा, नई दिल्ली-110012.

Dear Sir,
 महोदय,

I wish to renew my C.G.H.S. card for the period from 01.07.2021 to 30.06.2022 my details are given below:-

मैं अपना सी.जी.एच.एस. कार्ड दिनांक 01.07.2021 से 30.06.2022 तक नवीनीकरण करना चाहता हूँ। जिसका विवरण नीचे दिया गया है :-

S.No.	Particulars/ ब्यौरे	Details/ विवरण
1	Name & Designation (of Ex employee) नाम एवं पदनाम (पूर्व कर्मचारी के)	
2	Residential Address with Phone number फोन नंबर के साथ आवासीय पता।	
3	Date of Retirement/Death (of Ex- employee) सेवानिवृत्त/निधन तिथि (पूर्व कर्मचारी के)	
4 a)	Whether CGHS contribution made for 10 years or not सी.जी.एच.एस. अशंदान 10 वर्ष के लिए किया गया है या नहीं।	YES/NO हाँ/नहीं
b)	If not for how many years' contribution has been made so far. यदि नहीं तो अब तक कितने वर्ष का अशंदान दिया गया है।	
c)	Amount to be deposited as yearly contribution with the Cashier, IASRI वार्षिक अशंदान के रूप में संस्थान में जमा की जाने वाली राशि।	
5	C.G.H.S. Beneficiary No. सी.जी.एच.एस. लाभार्थी संख्या।	
6	Dispensary No. & Locality औषाधालय संख्या एवं स्थान।	
7	Validity of Card up to which date किसी तिथि तक कार्ड की वैधता है।	

08. Details of family according to term 'family'
अवधि के अनुसार परिवार का विवरण

S.No. क्रम सं	Name/ नाम	Age/ आयु	Relationship/ संबंध

I declare that the above mentioned members of family are dependent and residing with me in Delhi/New Delhi and not earning more than Rs. 9000/- p.m.

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि परिवार के उपरोक्त सदस्य आश्रित हैं और मेरे साथ दिल्ली / नई दिल्ली में निवास कर रहे हैं और महीना रुपये 9000 / - प्रति माह से अधिक नहीं कमा रहे हैं।

I will abide by the rules and regulation and modification of the services, which may be issued from time to time.

मैं नियमों और सेवाओं के विनियमन और संशोधन का पालन करूंगा, जो समय-समय पर जारी किए जा सकते हैं।

I will deposit my contribution of yearly/ Life time installment. I wish to avail of treatment at the same level as on the date of retirement. I declare that I have surrendered my CGHS identity card issued to me from my office while in service and payment of contribution has been made up to the date of surrender of the card.

मैं वार्षिक / लाइफ टाइम किस्त के अपने योगदान को जमा करूंगा। मैं रिटायरमेंट की तारीख में उसी स्तर पर उपचार का लाभ उठाना चाहता हूँ। मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अपने कार्यालय से मुझे जारी किए गए अपने सीजीएचएस पहचान पत्र को आत्मसमर्पण कर दिया है जबकि सेवा और योगदान का भुगतान कार्ड के आत्मसमर्पण की तारीख तक कर दिया गया है।

SIGNATURE OF PENSIONER

पेंशनर की हस्ताक्षर

NAME _____

नाम

MOBILE NO. _____

मोबाइल न.