

सेवा में रहते हुए चिकित्सा पहचान कार्ड सं० / Medical Identity card No. while in service.....
भारतीय वानिकी अनुसंधान एवं शिक्षा परिषद के पेंशनरों के लिये भा०वा०अ०शि०प० स्वास्थ्य योजना कार्ड हेतु आवेदन पत्र

APPLICATION FOR ICFREPHS CARD FOR PENSIONERS OF ICFRE

फॉर्म (ए) / Form (A)

1. आवेदक का नाम / Name of the Applicant.....
2. श्रेणी / Category.....पेंशनर / Pensioners.....अन्य / Other(कृपया उल्लेख करें (Pl- Specify)
3. विभाग संस्थान सेवा का नाम जहां से सेवा निवृत्त हुए.....
.....
Name of the Department Institute/Service from where retired.....
.....
4. पद एवं वेतनमान जिससे सेवानिवृत्त हुए / Post and Pay scale from which retired.....
5. अंतिम वेतन / Last Pay मूल पेंशन / Basic Pension.....
(पेंशनर के मामले में / in case of pensioners) पूर्व संशोधित / Pre revised.....
6. आवासीय पता / Residential Address.....
7. दूरभाष सं० / Telephone Number:
(आ / R).....(मो / M).....
8. ई-मेल आई डी / E-mail ID.....
9. अधिवर्षिता की तिथि / Date of Superannuation दिनांक / Date..... माह / Month.....वर्ष / Year.....
10. परिवार का ब्यौरा / Details of Family

(*यह काल्म भरने से पहले परिवार की परिभाषा देख लें / Please see definition of Family before filling up this column)

क्र०स० / S.No.	परिवार के सदस्यों के नाम / Name of Family members	भावाअशिप कार्डधारी के साथ संबंध / Relationship to ICFREPHS Card Holder	जन्मतिथि / Date of Birth (अनिवार्य / Compulsory)	ब्लड ग्रुप / Blood Group (ऐच्छिक / optional)

(# कृपया ऊपरलिखित व्यक्तियों के आयु का प्रमाण साथ लगाएं / Please attach proof of age of persons mentioned above:

11. क्या ऊपर जिन व्यक्तियों के नाम दिए गए हैं वे आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रहते हैं? : हाँ / नहीं
Are all the persons whose names are given above are dependent upon you and are residing with you? Yes/No
(कृपया उनका आपके साथ रहने का प्रमाण साथ लगाएं जैसा कि राशन कार्ड / निर्वाचन पहचान पत्र / पासपोर्ट / कॉलेज / स्कूल / विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र / बैंक की पास बुक आदि की प्रति)
Please attach proof of their staying with you, like copy of Ration Card/ Election ID/Passport/Identity Card issued by college /school /University/ Bank Pass Book. etc.)

12. नीचे दिए गए स्थान पर (स्वयं सहित) परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम (दोनों भाषाओं में) आपके परिवार 'क' भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं कि पहचान पत्र के 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):

क्रसं० S.No	क्रसं० S.No	क्रसं० S.No	क्रसं० S.No
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name
क्रसं० S.No	क्रसं० S.No	क्रसं० S.No	क्रसं० S.No
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name

13. स्वयं सहित परिवार के सभी आश्रित सदस्यों की गुप फोटो की तीन प्रतियां संलग्न करें
Attach three Joint Photograph of dependent family members (including self)

14. भा०वा०अ०शि०प० स्वास्थ्य योजना हेतु अवधि क विकल्प / Option of duration for availing ICFREPHS

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदक फॉर्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदण्ड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं भावाअशिप स्वास्थ्य योजना को तत्काल सूचित करूंगा। यदि मैं सूचित करने में असफल होता हूँ और यदि भावाअशिपस्वा०यो० को बदलाव के बारे में पता लग जाता है तो भावाअशिप द्वारा भावाअशिप स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं वापिस लें ली जाएंगी और भावाअशिप और/या उचित पाधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई कर सकता है।

I undertake to intimate to ICFREPHS 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 ICFRE comes to know of the change then the ICFREPHS facility is liable to be withdrawn by the ICFRE and the ICFRE and/or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

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

I undertake to surrender the ICFREPHS Card(s) on ceasing to be eligible for ICFREPHS 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 गलतत 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/ विकलगता प्रमाण पत्र/Proof of age of son/Disability certificate

सेवा में रहते हुए के चिकित्सा पहचान कार्ड के समर्पण का प्रमाण पत्र/ Surrender Certificate of Medical Identity Card while in service

पीपीओ तथा अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की अनुप्रमाणित प्रतियां / Attested copies of PPO & Last Pay Certificate

अदाकर्ता बैंक की शाखा.....पर आहरित सं०.....के
लिये डिमाण्ड ड्राफ्ट सं०/ पोस्टल ऑर्डर सं० दिनांक
संलग्न हैं।

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

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of Applicant

सेवा में/To

उप महानिदेशक (प्रशासन), भा०वा०अ०शि०प०, पो०ओ० न्यू फॉरेस्ट, देहरादून- 248006
The DDG (Admin.). ICFRE P.O. New Forest, Dehradun- 248006

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता, भा०वा०अ०शि०प०, स्वास्थ्य योजना (मुख्यालय) द्वारा सत्यापित
...../...../...../ तक वैध/ आजीवन काल के लिये

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

आबंटित सम्पूर्ण स्वास्थ्य केन्द्र/ ICFREPHS Wellness Centre Alloted.....
भा०वा०अ०शि०प०स्वा०यो० द्वारा भरा जाए/ to be filled by ICFREPHS

पात्रता:
Entitlement

जनरल वार्ड/
General Ward/

सेमी-प्राइवेट वार्ड
Semi Private Ward

/प्राइवेट वार्ड
/Private Ward

हस्ताक्षर/Signature