-1-ई.एच.एस. कार्ड हेतु आवेदन

APPLICATION FOR EHS CARD

(आवेदन पत्र हिंदी और अंग्रजी में भरना अनिवार्य है)

(Application should be filled in English & Hindi is mandatory)

कृपय जो लागू हो उस पर सही (√) का निशान लगाए तथा जो लागू नही हो उस पर काँस (X) का निशान	ा लगाए∣		
Please tick (V) which is applicable and strike out of (X) whichever not	applicable.		
नए ई.एच.एस.कार्ड हेतु आवेदन			
Applying for new E.H.S. Card:			
पुराने ई.एच.एस.कार्ड के बदले नए ई.एच.एस.कार्ड हेतु आवेदन			
Appling for new E.H.S. Card to replace old card:			
यदि हां तो ई.एच.एस. सं			
If yes 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 ($$) whichever is appropriate			
(क) सेवारत कर्मचारी: नियमित /तदर्थ /अस्थायीप्रतिनियुक्ति			
a. Service Employee: Regular /Adhoc /Temporary status	☐ /On deputatio	n	
(ख)रेजीडेंट वरिष्ठ रेजीडेंट किनिष्ठ रेजीडेंट			
b. Resident: Senior Resident /Junior Resident			
(ग)पीएच-डी. स्कॉलर सहित अनुसंधान कर्मचारी			
c. Research staff including Ph.D Scholar:			
(घ)पेंशनभोगी			
d. Pensioner:			
(च)पात्रता की श्रेणी			
e. Entitlement Class: Gen. Pvt.	=		
ward ward			
(छ) विद्धार्थी			
f. Student:			
(ज) अन्य:			
g. Other:			
कृपया स्पष्ट करें			
Please specify			
3. पदनाम			
3. Designation:			
4. विभाग /अनुभाग का नाम			
4. Name of Department/ Section:			
5. i) वेतन वैंड एवं ग्रड पे			
5. i) Pay Band & Grade pay:			
ii) वर्तमान मूल वेतन			
ii) Present Basic pay:			
6. अंतिम वेतन/मूल पेंशन:			
6. Last Pay/ Basic Pension:	एक वर्ष	जीवन भर	
(यदि पेंशनभोगी हैं तो ई.एच.एस. लाभार्थी का भगीदारी वर्णन करें)		14/l l -	
(If Pensioner please mentioned contribution for EHS benefit)	One year	Whole life	
- 	yea.	c	
7. कार्यलय का पता:		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
7. Office Address:			
८. आवासीय पता:	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
8. Residential Address:			
8. Residential Address.			••••
			••••
9. दुरभाष सं. (कार्य) (निवास) (मी.) (भी.)			
9. Telephone Number: (O) (R)(M)			
10. ई-मेल आई. डी			
10. E-mail address:			

11.(क)	सेवानिवृत्ति व	की तारीख (यदि अ. भा. आ. सं. कार्यरत	कर्मचारी हैं, तो)			
11. a) D	दिन माह वर्ष 11. a) Date of superannuation (in case of serving AIIMS employee):					
	•	रा होने की तारीख (यदि रेजीडेंट, अनुसंधा कॉलर एंव प्रतिनियूक्ति स्टाफ जो भी लागू :		ि दिन	माह	
F	h.D Scho	ompletion of tenure (in case of plars & deputation staff as appl		taff, D/D	M / N	M Y/Y/ Y/Y
		का विवरण:				
12. Det	ails of Fa रूक्ता	mily: इस कालम को भरने से पहले परिवार की पी	विभाषा (केन इ) को देख हों)			
		કુલ ઝાળન જા મુર્લ લ વહેલ વારવાર જા વ se see definition at [page-5] of		p this Colum)		
	S. No.	Name of family member	Relationship with EHS Card Holder*	Date of Birth	Blood Group	(Validity to be filled by Concerned Establishment Section)
	क. सं.	परिवार के सदस्यों का नाम	ई.एच.एस. कार्डधारक* से संबंध	जन्म तिथि	ब्लड ग्रप (वैकल्पिक	वैधता संबंधित अधिकारी द्वारा भरा जाए
	1					
	1					
	2					
	2					
	3					
	3					
	4					
	4					
	5					
	5					
	6					
	6					
	7					
	7					
	8					
	8					
13. क्या व	। वह सभी र्व्या	। क्त जिनके नाम ऊपर दिए गए हैं आप पर	। आश्रित हैं?	<u> </u>	 हां ि	ाहीं
	all the p	ersons whose names are given के साथ आपके संबंध का प्रमाण पत्र जैसे ई.	above are dependent	t upon you?	Yes	No 🔲
l.	पत्र/बैक प	ास बुक इत्यादि संलग्न करें। attach proof of their relationsl				-,

- Passport/ Identity Card issued by college/ School/ University/ Bank pass book etc.
- ii) कृपया पुत्र (पुत्रों) की आयु का प्रमाण-पत्र तथा यदि पुत्री (पुत्रियां)अविवाहित हैं, और 18 वर्ष से अधिक की हैं तो स्वयं धोषणा का प्रमण-पत्र पृष्ट सं. 5 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 5.
- 14. परिवार के प्रत्येक आश्रित सदस्य (स्वयं को शामिल करते हुए) का एक फोटोगाफ लगाएं, दिए गए स्थान में अपने परिवार के सदस्य को शामिल करते हुए □त□भ 12
 में दिए गए ऑकड़े के अनुसार ई.एच.एस लाभार्थी का नाम नीचे लिखें: -
- 14. 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 12).

नाम नाम नाम नाम नाम नेधता वैधता वैधता वैधता <t< th=""><th></th><th></th><th></th><th></th></t<>				
नाम नाम नेवता केवता Name: Name: Name: Name: S. No. Validity.				
श्वेयता । Name:	क. सं	क. सं	क. सं	क. सं
Name:				
S. No. S. No. S. No. S. No. S. No. S. No. Validity Validity Validity Validity Validity Validity S. No. Validity S. No. Validity Validity S. No. Validity S. No. Validity S. No. Validity S. No. Validity Validity Validity Validity Validity Validity Validity S. No. S. No				
क. मं. काम नाम नाम नाम नाम नाम नाम नाम नाम नाम न				
क. सं				
नाम	variatey	validity	valiaty	variatey
नाम				
वैधता	क. सं	क. सं	क. सं	क. सं
Name:	नाम	नाम	नाम	नाम
S. No	वैधता	वैधता	वैधता	वैधता
में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे परिवार के उपयुक्त सदस्य पूर्णस्य से मुझ पर आश्रित हैं I certify that my family members as above are wholly dependent on me. मैं यह वचन देता हूँ कि इस आवंदन प्रज्ञ में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होता है तो मैं इसकी तत्काल सूच्य विव करने में असफल रहा और यदि प्रधिकारियों की जानकारी में यह अता है, तो एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्रकृत कार्रवाई करने की स्वतंत्रता होगी I undertake to intimate immediately if there is any change in dependency criteria of my family members ind application form. If I fail to intimate and if the authorities come to know of the same, then the E.H.S. facility is withdrawn by the AIIMS and /or appropriate authority will be free to initiate any action against me. मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्याग पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लामार्थियों के लिए। रोक लगाने हेतु ई. जमा करणा I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AIIMS on completion of to nent/termination/ resignation or on casing to be eligible of EHS benefits. मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सब है और कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुपित ढंग से पत्रुत नहीं है और मैं इ I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the lation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. मैं प्रमाणित करता हूँ कि में ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ। (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only): Sulvania के साथ संबंध का प्रमाण प्र Proof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण चिकलांगता प्रमाण पत्र Proof of PPO & Last-pay Certificate पीपाओ एवं अंतिम वेतन पत्र की रुपारिवरीय और जो लागू नहीं हो उसे काट (X) है	Name:			Name:
में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे परिवार के उपयुक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित हैं certify that my family members as above are wholly dependent on me. मैं यह वचन देता हूँ कि इस आवेदन प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होता है तो मैं इसकी तत्काल सूच- रूवित करने में असफल रहा और यदि प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो एन्स द्वाराई.एच.एस.सूविया को वापस ले लिया जाएगा/अथवा सक्षम ए वेरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता होगी I undertake to intimate immediately if there is any change in dependency criteria of my family members inc application form. If I fail to intimate and if the authorities come to know of the same, then the E.H.S. facility is withdrawn by the AIIMS and /or appropriate authority will be free to initiate any action against me. मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एन्स में अपने कार्यकाल पूर्ण/मेवानिवृत्ति/ममपन/त्याग पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थियों के लिए रोक लगाने हेतु ई. जमा करूगा I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AIIMS on completion of to ment/termination/ resignation or on casing to be eligible of EHS benefits. मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो युवना मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जाँच में सत्य है और कोई भी युवना गुपत नहीं है अथवा अनुचित ढंग से प्रसुत नहीं है और मैं इ I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the nation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन मर के लिए कर दिया हूँ। (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only): Sumplement of the same is samplement of the same is samplement of the samplement of the same is samplement of the samplement o				S. No
I certify that my family members as above are wholly dependent on me. मैं यह वचन देता हूँ कि इस आवेदन प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होता है तो मैं इसकी तत्काल सूच्य विवा करने में असफल रहा और यदि प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्रे बच्च करने की स्वतंत्रता होगी I undertake to intimate immediately if there is any change in dependency criteria of my family members inc application form. If I fail to intimate and if the authorities come to know of the same, then the E.H.S. facility is withdrawn by the AlIMS and /or appropriate authority will be free to initiate any action against me. मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्याग पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थियों के लिए। रोक लगाने हेतु ई. जमा करुगा I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AlIMS on completion of to ment/termination/ resignation or on casing to be eligible of EHS benefits. मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सुवना मेरे आवेदन पत्र में विए गए है वह जॉच में सत्य है और कोई भी सुवना गुपन नहीं है अथवा अनुचित ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इ I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the nation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच.एस. लाभ के लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ। (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only): आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण: Proof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण — विकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence — / Disability certificate — प्रापी पत्र जो लागू नहीं हो उसे काट (X) हैं)	3.7. 12. 121	\/a ; d;+,,	Validity	Validity
I undertake to intimate immediately if there is any change in dependency criteria of my family members incomplication form. If I fail to intimate and if the authorities come to know of the same, then the E.H.S. facility is withdrawn by the AIIMS and /or appropriate authority will be free to initiate any action against me. में यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्याग पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थियों के लिए। रोक लगाने हेतु ई. जमा करूगा I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AIIMS on completion of to ment/termination/ resignation or on casing to be eligible of EHS benefits. मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचित ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इ I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the mation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. मैं प्रमाणित करता हूँ कि में ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ। (केवल सेवानिवृत के लिए):	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पी	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित		validity
ा जमा करुगा I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AIIMS on completion of to ment/termination/ resignation or on casing to be eligible of EHS benefits. में प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और कोई भी सुचना गुपन नहीं है अथवा अनुचिन ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इ I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the nation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only): आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण: Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण □विकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence □ / Disability certificate □ पीपी।ओ एवं अंतिम वेतन पत्र की ख्यापित प्रतियां □ Attested copies of PPO & Last-pay Certificate □ (कृपया जो लागू हो उस पर सही (√) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (X) दें)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ सूचित करने में असफल रहा और य	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly depo ॥वेदन प्रत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ ादि प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो	ा हैं । endent on me. प्राश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन
I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AIIMS on completion of to ment/termination/ resignation or on casing to be eligible of EHS benefits. में प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचित ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इ I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the nation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. में प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ। (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only): आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण: Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण चिकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence / Disability certificate पीपी।ओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्थापित 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)	में प्रमाणित करता हूं कि मेरे पर् I certify that my family मैं यह वचन देता हूं कि इस अ सूचित करने में असफल रहा और य विरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता । I undertake to intimat s application form. If I fail withdrawn by the AIIMS a	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly depo तवंदन प्रत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ ति प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities c and /or appropriate authority will be	ा हैं। endent on me. मिश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र by family members incl en the E.H.S. facility is ainst me.
ment/termination/ resignation or on casing to be eligible of EHS benefits. मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचित ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इ I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the nation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only): Singlard के साथ संबंध का प्रमाण: Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण चिकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence / Disability certificate पीपी।ओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्थापित 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)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पर् I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ सूचित करने में असफल रहा और य वेरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता व I undertake to intimat s application form. If I fail withdrawn by the AIIMS व में यह वचन देता हूँ कि मैं एस्स	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly depo तवंदन प्रत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ ति प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities c and /or appropriate authority will be	ा हैं। endent on me. मिश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र by family members incl en the E.H.S. facility is ainst me.
I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and the nation has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई. एच.एस. लाभ के लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ । (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life for pensioner only: आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण: Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण विकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence / Disability certificate पीपी।ओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्वापित 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)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ यूचित करने में असफल रहा और य वेरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS व में यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स जमा करूगा।	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly dep गवेदन प्रत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ वि प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities o and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्याग	ा हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag । पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र by family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प
में प्रमाणित करता हूँ कि में ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ । (केवल सेवानिवृत के लिए): I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only): आश्रितों के साथ संवंध का प्रमाण: Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण विकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence / Disability certificate पीपीओ एवं अंतिम वेतन पत्र की ख्यापित 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)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ मूचित करने में असफल रहा और य बेरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS ह में यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign में प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly dep गवेदन प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ गिद प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार render the E.H.S. card(s) on nation or on casing to be eligible of E	। हैं । endent on me. मिश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of mome to know of the same, the e free to initiate any action ag । पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS or EHS benefits.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र by family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.ए n completion of te
I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioner only) : आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण: Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण चिकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence / Disability certificate पीपी।ओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्त्यापित 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)	में प्रमाणित करता हूं कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूं कि इस अ यूचित करने में असफल रहा और य वेरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS ह में यह वचन देता हूं कि में एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign में प्रमाणित करता हूं कि जो सुचना	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly dep गवेदन प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ गिंद प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार render the E.H.S. card(s) on nation or on casing to be eligible of E	हैं। endent on me. मिश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of mome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभाधि my leaving the AIIMS on EHS benefits. ए कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुवि	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ny family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te
आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण: Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण चिकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence / Disability certificate पीपीाओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्थापित प्रतियां Attested copies of PPO & Last-pay Certificate (क्ष्पया जो लागू हो उस पर सही (४) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (Х) दें)	में प्रमाणित करता हूं कि मेरे प I certify that my family मैं यह वचन देता हूं कि इस अ वित्त करने में असफल रहा और य वेरूढ़ कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS के में यह वचन देता हूँ कि में एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign में प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly depo सवेदन प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार rrender the E.H.S. card(s) on nation or on casing to be eligible of E मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है औ ermation furnished by me in this a d or has been misrepresented and I	हैं। endent on me. मिश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस लें e in dependency criteria of mome to know of the same, the e free to initiate any action ag r पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS or EHS benefits. rर कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ो लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ny family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इर to be correct and th
Prof of Relationship with dependents: निवास का प्रमाण □िविकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence □ / Disability certificate पीपीाओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्वापित प्रतियां Attested copies of PPO & Last-pay Certificate (क्रुपया जो लागू हो उस पर सही (√) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (X) दें)	में प्रमाणित करता हूं कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूं कि इस अ ्चित करने में असफल रहा और व वेरुद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS क्षें में यह वचन देता हूं कि में एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign में प्रमाणित करता हूं कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale	रेबार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly depo सवेदन प्रत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की उ होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार render the E.H.S. card(s) on nation or on casing to be eligible of E मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है औ ormation furnished by me in this a d or has been misrepresented and I एस. लाभ के लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर वें	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. हा कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस to be correct and th
निवास का प्रमाण ाविकलांगता प्रमाण पत्र Proof of residence / / Disability certificate पीपीाओ एवं अंतिम वेतन पत्र की ख्यापित प्रतियां Attested copies of PPO & Last-pay Certificate (कुपया जो लागू हो उस पर सही (v) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (X) दें)	में प्रमाणित करता हूं कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूं कि इस अ ब्रिचित करने में असफल रहा और र वेक्ख़ कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS के मैं यह वचन देता हूं कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign मैं प्रमाणित करता हूं कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale मैं प्रमाणित करता हूं कि मैं ई.एच. I certify that I have ma	रेबार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly depo गवंदन प्रत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की अ गिंद प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार render the E.H.S. card(s) on nation or on casing to be eligible of E मेरे आवंदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है औ remation furnished by me in this a d or has been misrepresented and I एस. लाभ के लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर वे ide EHS beneficiary contribution one	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. हा कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस to be correct and th
Proof of residence / Disability certificate पीपीाओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्त्यापित प्रतियां Attested copies of PPO & Last-pay Certificate (कृपया जो लागू हो उस पर सही (√) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (X) दें)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पि I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ रूचित करने में असफल रहा और य वेरूद कार्रवाई करने की स्वतंत्रता है I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS है मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एचः I certify that I have ma आश्रितों के साथ संबंध का प्रमा	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly deponated प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की अविद प्राधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार सम्मापन कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार सम्मापन पत्र में अपने कार्यकाल पुर्ण है वह जॉच में सत्य है और स्मापन कि चिर मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और सम्मापन कि लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर वे doe EHS beneficiary contribution one out:	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. हा कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस to be correct and th
पीपीाओ एवं अंतिम वेतन पत्र की स्त्यापित प्रतियां Attested copies of PPO & Last-pay Certificate (कुपया जो लागू हो उस पर सही (v) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (X) दें)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ रूचित करने में असफल रहा और य बेरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता है I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS है मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच. I certify that I have ma आश्वितों के साथ संबंध का प्रमा Prof of Relationship w	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly deponated प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की अ विद प्रधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities cound /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार render the E.H.S. card(s) on nation or on casing to be eligible of E मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है औं remation furnished by me in this a d or has been misrepresented and I एस. लाभ के लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के de EHS beneficiary contribution one out:	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. हा कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस to be correct and th
Attested copies of PPO & Last-pay Certificate	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ विवत करने में असफल रहा और य वेष्ट्र कार्रवाई करने की स्वतंत्रता है I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS है मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच. I certify that I have ma आश्रितों के साथ संबंध का प्रमा Prof of Relationship w निवास का प्रमाण विकल्	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly deprided प्रमुद्ध में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की अविद प्रशिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities cound /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार प्राप्त कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार प्राप्त कार्यकाल पुर्ण है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर वे ति EHS beneficiary contribution one एग:	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. हा कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस् to be correct and th
(कृपया जो लागू हो उस पर सही (√) का निशान लगाएं और जो लागू नहीं हो उसे काट (X) दें)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ रूचित करने में असफल रहा और य वेरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता है I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS है मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign मैं प्माणित करता हूँ कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale मैं प्माणित करता हूँ कि मैं ई. एच. I certify that I have ma आश्रितों के साथ संबंध का प्रमा Prof of Relationship w निवास का प्रमाण विकल् Proof of residence	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly deponated प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की अ विद प्रधिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities cound /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार स्वाप्त कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार स्वाप्त कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार स्वाप्त कार्यकाल पुर्ण है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में विए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के तिए भागीदारी एक वर्ष जीवन भर के ति के	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. हा कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस to be correct and th
(Please tick (1) whichever is applicable and strike out of (Y) whichever not applicable)	में प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूँ कि इस अ सूचित करने में असफल रहा और य विरूद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat s application form. If I fail withdrawn by the AIIMS ह मैं यह वचन देता हूँ कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign मैं प्माणित करता हूँ कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale मैं प्माणित करता हूँ कि मैं ई.एच. I certify that I have ma आश्रितों के साथ संबंध का प्रमा Prof of Relationship w निवास का प्रमाण चिकल् Proof of residence पीपीगओ एवं अंतिम वेतन पत्र	रेवार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित members as above are wholly deprivated प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की जानकारी में यह आता है, तो होगी। e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार वार्या कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार वार्या कार्यकाल पुर्ण है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में विए गए है वह जॉच में सत्य है और आवेदन पत्र में विए गए है वह जॉच में सत्य है और mation furnished by me in this a d or has been misrepresented and I एस. लाभ के लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर वे विष्ट EHS beneficiary contribution one with dependents: ांगता प्रमाण पत्र	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of m ome to know of the same, the e free to initiate any action ag ा पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. हा कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same.	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.ए n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस to be correct and th
(Flease tick (V) whichever is applicable and strike out of (A) whichever not applicable)	में प्रमाणित करता हूं कि मेरे पा I certify that my family मैं यह वचन देता हूं कि इस अ ब्रूचित करने में असफल रहा और व वेरुद्ध कार्रवाई करने की स्वतंत्रता ह I undertake to intimat application form. If I fail withdrawn by the AIIMS के में यह वचन देता हूं कि मैं एम्स जमा करूगा I undertake to sur ment/termination/ resign में प्रमाणित करता हूं कि जो सुचना I certify that the infonation has been conceale में प्रमाणित करता हूं कि में ई.एच. I certify that I have ma आश्रितों के साथ संबंध का प्रमा Prof of Relationship w निवास का प्रमाण विकल् Proof of residence	रेबार के उपयूक्त सदस्य पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित y members as above are wholly deponated प्रत्न में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की अ विद प्रश्चिकारियों की जानकारी में यह आता है, तो होगी । e immediately if there is any chang to intimate and if the authorities of and /or appropriate authority will be में अपने कार्यकाल पुर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्यार grender the E.H.S. card(s) on nation or on casing to be eligible of E मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जॉच में सत्य है औं grmation furnished by me in this a d or has been misrepresented and I एस. लाभ के लिए। भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर व ade EHS beneficiary contribution one pur: ith dependents: ith dependents: ith dependents:	हैं। endent on me. आश्रित मापदंड में यदि कोई परिवर्तन होत एम्स द्वाराई.एच.एस.सूविधा को वापस ले e in dependency criteria of mome to know of the same, the e free to initiate any action ag r पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थि my leaving the AIIMS of EHS benefits. rर कोई भी सुचना गुपत नहीं है अथवा अनुचि pplication has been verified stand by the same. ह लिए कर दिया हूँ। (केवल सेवानिवृत के लि e year/whole life (for pension	ा है तो मैं इसकी तत्काल सूचन ने लिया जाएगा/अथवा सक्षम प्र ey family members incl en the E.H.S. facility is ainst me. यों के लिएा रोक लगाने हेतु ई.प n completion of te ात ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस् to be correct and th

(Forwarded by Head of Deptt./Section)

(आवेदक के हस्ताक्षर)

(संबंधित प्रशासन अधिकारी द्वाराभरा जाए) (TO BE VERIFIED BY THE CONCERNED ADMIN. OFFICER)

1	" K
	पदनामःजो इस विभाग/अनुभाग/केन्द/एकक में कार्यरत है को ई.एच.एस. सं.:जारी करने के लिए स्वीकृत किया जाता 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, Designationwho is working in this Department/Section/Centre/Unit.
2	एम्स के वित्त प्रभाग को आवेदक के वेतन से प्रत्येक माह अपेक्षित ई.एच.एस. अभिदान के बारे में सूचित किया गया है।
2.	Finance division AIIMS has been intimated about required deduction towards of the E.H.S. subscription every month from the salary of the applicant.
3	 आपसे अनूरोध है कि ई.एच.एस. टोकन कार्ड के अनुसार लाभार्थी/लाभार्थियों को नया ई.एच.एस. पुस्तिका जारी 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. प्रकोष्ट के द्वारा भरा जाएगा)
	(To be filled by the E.H.S. Cell)
आवेदक व	को ई.एच.एस. सं नई ई.एच.एस. प्रकोप्ट के द्वारा आवंटित होना है।
E.H.S. I	No has been allotted to the applicant by the New E.H.S. Cell.
सह प्रशासी	नेक अधिकारी के हस्ताक्षर और मुहर विरिष्ट प्रशासनिक अधिकारी
Signati	ure & seal of A.A.O. Sr. Admin. Officer

INSTRUCTIONS

Definition of Family:

- (1) Husband / Wife* (* First wife only)
- (2) Dependant Parents / Step Mother (in case of adoption, only adoptive & not real parents)
- (3) If adoptive father has more than one wife, the first wife only.
- (4) A female employee has a choice to include either her dependent parents or her dependent parents in law; option exercise can be changed only once during service.
- (5) **Children** including legally adopted children, step children and children taken as wards subject to the following conditions:

(i)	Son	Till he starts earning or attains the age of 25 years, whichever
		is earlier?
(ii)	Daughter	Till she starts earning or gets married, irrespective of the age
		limit, whichever may be earlier?
(iii)	Son Suffering from any permanent	Irrespective of age limit.
	disability of any kind (physical or	
	mental) as defined below	
(iv)	Dependent divorced / abandoned or	Irrespective of age limit.
	separated from their husband /	
	widowed daughters and dependent	
	unmarried / divorced abandoned or	
	separated from their husband /	
	widowed sisters	
(v)	Dependent Minor brother(s)	Up to the age of becoming a major.

For the purpose of availing E.H.S. facility for disabled sons above 25 years, please attach a copy of the certificate of disability issued by the competent authority.

'Disability' will be AS DEFINED IN SECTION 2(1) OF 'THE PERSONS WITH DISABILITIES (EQUAL OPPORTUNITIES, PROTECTION OF RIGHTS AND FULL PARTICIPATION) ACT, 1995 (NO: 1 OF 1996)' WHICH IS REPRODUCED BELOW:

- "(1) "DISABILITY' MEANS
 - (I) BLINDNESS
 - (II) LOW VISION
 - (III) LEPROCY CURED
 - (IV) HEARING IMPAIRMENT
 - (V) LOCOMOTOTR DISABILITY
 - (VI) MENTAL RETARDATION
 - (VII) MENTAL ILLNESS"

Dependency:

Members of family (other than spouse) whose income is less than Rs.3500/- per month are treated as dependents and are normally residing with E.H.S. beneficiary.

The Following Documents are to be enclosed:

- (I) Proof of Residence / Stay of dependents {copy of Ration Card / Election ID / Pass Port / Identity Card issued by College / School / University / Bank Pass Book , etc.,}
- (II) Proof of age of son -
- (III) Attested Copy of Disability certificate issued by Competent Authority (in case of dependent son aged 25 and above)

For Pensioners applying for E.H.S. card for the First time the following Additional Documents are required:

- (IV) Surrender Certificate of E.H.S. Card while in service.
- (V) Attested copies of PPO & Last Pay Certificate.

Contribution by Pensioners should be made through Challan/Cash/Cheque/Bank Draft payable in favour of "the Director" AIIMS, New Delhi under due process of concerned Establishment Section AIIMS, New Delhi.