

ई.एच.एस. कार्ड हेतु आवेदन

APPLICATION FOR EHS CARD

(आवेदन पत्र हिंदी और अंग्रेजी में भरना अनिवार्य है)

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

कृपया जो लागू हो उस पर सही (V) का निशान लगाएं 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

Applying for new E.H.S. Card:

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

Applying 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 (V) whichever is appropriate

(क) सेवारत कर्मचारी: नियमित /तदर्थ /अस्थायी प्रतिनियुक्ति

a. Service Employee: Regular /Adhoc /Temporary status /On deputation

(ख) रेजीडेंट वरिष्ठ रेजीडेंट कनिष्ठ 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

शमान्व खंड		नीजी खंड	
---------------	--	-------------	--

e. Entitlement Class:

Gen. ward		Pvt. ward	
--------------	--	--------------	--

(छ) विद्यार्थी

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 बैंड एवं ग्रेड 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:

(यदि पेंशनभोगी हैं तो ई.एच.एस. लाभार्थी का भगीदारी वर्णन करें)

(If Pensioner please mentioned contribution for EHS benefit)

एक वर्ष		जीवन भर	
One year		Whole life	

7. कार्यलय का पता:

7. Office Address:

8. आवासीय पता:

8. Residential Address:

9. दुरभाष सं. (कार्य) (निवास) (मो.)

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

10. ई-मेल आई. डी.

10. E-mail address:

11.(क) सेवानिवृत्ति की तारीख (यदि अ. भा. आ. सं. कार्यरत कर्मचारी हैं, तो)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
दिन		माह		वर्ष	

11. a) Date of superannuation (in case of serving AIIMS employee):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D / D		M / M		Y / Y / Y / Y	

(ख) कार्यकाल पूरा होने की तारीख (यदि रेजिडेंट, अनुसंधान स्टाफ, पीएच-डी. स्कॉलर एवं प्रतिनियुक्ति स्टाफ जो भी लागू हो): -

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
दिन		माह		वर्ष	

b) Date of completion of tenure (in case of residents, research staff, Ph.D Scholars & deputation staff as applicable):-

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D / D		M / M		Y / Y / Y / Y	

12. परिवार के सदस्यों का विवरण:

12. Details of Family:

(*कृपया इस कालम को भरने से पहले परिवार की परिभाषा (पेज 5) को देख लें)

(* Please see definition at [page-5] of family before filling up this Column)

S. No.	Name of family member	Relationship with EHS Card Holder*	Date of Birth	Blood Group	(Validity to be filled by Concerned Establishment Section)
क्र. सं.	परिवार के सदस्यों का नाम	ई.एच.एस. कार्डधारक* से संबंध	जन्म तिथि	ब्लड ग्रुप (विकल्पिक)	वैधता संबंधित अधिकारी द्वारा भरा जाए
1					
1					
2					
2					
3					
3					
4					
4					
5					
5					
6					
6					
7					
7					
8					
8					

13. क्या वह सभी व्यक्ति जिनके नाम ऊपर दिए गए हैं आप पर आश्रित हैं?

हां नहीं

13. Are all the persons whose names are given above are dependent upon you?

Yes No

- कृपया उनके साथ आपके 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।
- 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.
- कृपया पुत्र (पुत्रों) की आयु का प्रमाण-पत्र तथा यदि पुत्री (पुत्रियां) अविवाहित हैं, और 18 वर्ष से अधिक की हैं तो स्वयं घोषणा का प्रमाण-पत्र पृष्ठ सं. 5 के आधार पर संलग्न करें।
- 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 फोटोग्राफ लगाएं, दिए गए स्थान में अपने परिवार के सदस्य को शामिल करते हुए स्तम्भ 12 में दिए गए आँकड़े 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).

contd.....

क. सं.	क. सं.	क. सं.	क. सं.
नाम	नाम	नाम	नाम
वैधता	वैधता	वैधता	वैधता
Name:.....	Name:	Name:	Name:
S. No	S. No.	S. No.	S. No.
Validity	Validity.....	Validity.....	Validity.....
क. सं.	क. सं.	क. सं.	क. सं.
नाम	नाम	नाम	नाम
वैधता	वैधता	वैधता	वैधता
Name:.....	Name:	Name:	Name:
S. No	S. No.	S. No.	S. No.
Validity	Validity.....	Validity.....	Validity.....

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे परिवार के उपयुक्त सदस्य पूर्णरूप 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 आवेदन पत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों की आश्रित मापदंड 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.सूविधा 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 I 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 वचन देता हूँ कि मैं एम्स में अपने कार्यकाल पूर्ण/सेवानिवृत्ति/समापन/त्याग पत्र लेने की दशा में ई.एच.एस. लाभार्थियों के लिए रोक लगाने हेतु ई.एच.एस. कार्ड को जमा करूंगा।

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

मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो सूचना मेरे आवेदन पत्र में दिए गए है वह जांच में सत्य है और कोई भी सूचना गुप्त नहीं है अथवा अनुचित ढंग से प्रस्तुत नहीं है और मैं इस बात से अटल 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.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं ई.एच.एस. लाभ के लिए भागीदारी एक वर्ष/जीवन भर के लिए कर दिया हूँ। **(केवल सेवानिवृत्त के लिए):**

I certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life **(for pensioner only):**

संलग्न: आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण:

Encl: Prof of Relationship with dependents:

निवास का प्रमाण विकलांगता प्रमाण पत्र

Proof of residence / Disability certificate

पीपीओ 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)

(Please tick (v) whichever is applicable and strike out of (X) whichever not applicable)

(विभाग/अनुभाग के अध्यक्ष द्वारा अंग्रेषित किया गया)

(Forwarded by Head of Deptt./Section)

(आवेदक के हस्ताक्षर)

(Signature of applicant)

contd.....

घोषणा-पत्र
DECLARATION

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

I hereby declare that my father / mother/ father-in law/ mother-in law namelyis/are wholly / mainly dependent upon me and that he / she / they normally reside with me at Delhi / New Delhi.

मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पिता श्री तथा मेरी माता श्रीमतीमुझ पर आश्रित हैं तथा उनकी आय सभी स्रोतों अर्थात् पेंशन परिवार पेंशन तथा डी. सी. आर. जी. के समकक्ष पेंशन एवं उस पर महंगाई सहायता को मिलाकर रु. 3500/- प्रतिमाह से अधिक नहीं है।

I also certify that my father namelyand mother namelyare dependent on me and their income from all sources including Pension / Family pension and Pension equivalent of DCRG does not exceed Rs. 3500/= per month plus the amount of Dearness Relief there on.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरा पुत्र श्रीआयु.....वर्ष है तथा वह अविवाहित/विरोजगार है एवं मुझ पर पूर्णतः आश्रित है।

I certify that my sonage years is unmarried / unemployed and wholly dependent on me.

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

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

मैं संस्थान से स्थानांतरण/सेवानिवृत्ति/वर्खास्तगी/त्यागपत्र इत्यादि होने पर ई.एच.एस. पहचान पत्र को वापिस करने का वचन देता/देती हूँ।

I undertake to surrender the E.H.S. Identity Card on my leaving the Institute on transfer / retirement / termination of service, resignation etc.

संस्थान कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Institute employee.

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

- 1 जो सूचना आवेदक द्वारा दिया गया है वह सर्विस रिकार्ड के अनुसार सही पाया गया, जिसके अनुसार श्री/श्रीमती/कुमारी: पदनाम:..... जो इस विभाग/अनुभाग/केन्द्र/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 अनुरोध 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. 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 के द्वारा आवंटित होना है।

E.H.S. No. _____ has been allotted to the applicant by the New E.H.S. Cell.

सह प्रशासनिक अधिकारी के हस्ताक्षर और मुहर

वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी

Signature & 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 disability of any kind (physical or mental) as defined below	Irrespective of age limit.
(iv)	Dependent divorced / abandoned or separated from their husband / widowed daughters and dependent unmarried / divorced abandoned or separated from their husband / widowed sisters	Irrespective of age limit.
(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.