

राष्ट्रीय कृषि प्रमुख कीट ब्यूरो
NATIONAL BUREAU OF AGRICULTURALLY IMPORTANT INSECTS
हेब्बाल, बैंगलूर / Hebbal, Bangalore – 560 024

चिकित्सा प्रतिपूर्ति व छुट्टी यात्रा खियायत के लिए आश्रितों की घोषणा
Declaration of Dependents for medical reimbursement and LTC concession

1. नाम / Name :
2. पदनाम / Designation :
3. अनुभाग / संभाग / Section / Division :
4. भा.कृ.अनु.प./भा.बा.अ.सं. में नियुक्ति की तारीख Date of appointment at ICAR/IIHR :
5. परिवार के सदस्यों का नाम (संबंध व आयु सहित) :
Name of family members with relationship and age

क्रमांक S.No.	नाम / Name	संबंध Relationship	आयु / जन्म तिथि Age / Date of Birth	मासिक आय Monthly income	आवासीय पता, सरकारी कर्मचारी के साथ किस तिथि से रह रहे हैं? / Residential Add Dt. From which Residing with Govt. servant

6. आश्रितों के आय से संबंधित आवश्यक प्रमाण पत्र :
(माता-पिता/बहन/अवयस्क भाई आदि को प्रति माह दिया जाए) / Necessary certificate about the income of the dependent (i.e. parent/sister/minor brother should also be given per month)

7. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति/पत्नी, जिनके लिए मैंने छुट्टी यात्रा रियायत/चिकित्सा प्रतिपूर्ति की दावा की है, (सरकारी उपक्रम/निगम/स्वायत्त निकाय आदि) में कार्यरत है जिनके द्वारा छुट्टी यात्रा रियायत/चिकित्सा सुविधाएँ प्रदान की जाती है, लेकिन उसने अपने नियोक्ता से इसके लिए कोई दावा नहीं की है और न करेगी।/Certified that my husband/wife for whom LTC/Medical is claimed by me is employed in _____ (Name of the public sector undertaking/corporation/Autonomous Body, etc.) which provides LTC/Medical facilities but he/she has not preferred and will not prefer, any claim in this behalf to his/her employer.

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति/पत्नी, जिनके लिए मैंने छुट्टी यात्रा रियायत/चिकित्सा प्रतिपूर्ति की दावा की है, पूर्ण या आंशिक रूप से केन्द्र सरकार या स्थानीय निकाय से वित्तीय सहायता से संचालित किसी भी सरकारी उपक्रम/निगम/स्वायत्त निकाय, जो अपने कर्मचारियों या उनके परिवार के लिए छुट्टी यात्रा रियायत/चिकित्सा सुविधाएँ प्रदान करते हैं, में कार्य नहीं करते/करती है।/Certified that my wife/husband for whom LTC/Medical is claimed by me is not employed in any Public Sector Undertaking/Corp'n./Autonomous Body financed wholly or partly by the Central Govt. or a Local Body which provides LTC/Medical facilities to its employees and their families.

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त जानकारी मेरी जानकारी व विश्वास में सही है।/I declare that the particulars furnished above are true and correct to the best of my knowledge.

आवेदक के हस्ताक्षर (दिनांक सहित)
Signature of the Applicant with date

संभाग/अनुभाग अध्यक्ष के हस्ताक्षर/
Signature of the Head of Division/Section

अनुमोदित / Approved

प्रशासनिक अधिकारी / वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी
Admn. Officer/Sr. Admn. Officer