



यूजेवीएन लि.

(उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

UJVNL Ltd.

(A Govt. of Uttarakhand Enterprise)

Health Card

Name: _____
Designation: _____
Emp. Code/F.B. No. : _____
Date of Birth: _____
Date of Joining: _____
Date of Retirement: _____
Father's/Husband's Name : _____
Office Address. : _____
Postal Address. : _____
Contact No. : Off: Mob:
Resi:

Blood Group : _____

Family Details:-

--	--	--	--

WIFE

SMT

DOB

--	--	--	--

दिनांक

कर्मचारी/अधिकारी के हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षरित

नोट:-

- परिवार के सदस्यों की प्रास्थिति में किसी भी परिवर्तन की सूचना से यूजेवीएन लि0 के उपरोक्त विवरण में आवश्यक संशोधन कराना सम्बन्धित कार्मिक का दायित्व होगा।
- पुत्र की निर्धारित आयु सीमा 25 वर्ष अथवा जब से वह जीविकोपार्जन करने लगे, जो भी पहले हो, तक
- पुत्री की निर्धारित आयु सीमा 25 वर्ष अथवा उसका विवाह अथवा जब से वह जीविकोपार्जन करने लगे, जो भी पहले हो, तक
- किसी भी मान्यता प्राप्त चिकित्सालय में उपचार हेतु भर्ती होने से पूर्व यह परिचय पत्र चिकित्सालय में प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।
- हेल्थ कार्ड खो जाने की दशा में नये हेल्थ कार्ड को प्राप्त करने हेतु कार्मिक को रू0 100.00 जमा कर ही नया हेल्थ कार्ड निर्गत किया जायेगा।

यूजेवीएन लिमिटेड

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु आश्रितों की घोषणा का निर्धारित प्रपत्र

1. कार्मिक का नाम पदनाम
(अधिकारी अपना अभिज्ञान सं० एवं सम्प्रेक्षा सं० भी इंगित करें)
2. पिता /पति का नाम
3. कार्मिक कोड/एफ०बी० संख्या
4. जी०पी०एफ/ईपीएफ खाता सं०
5. कार्मिक की जन्मतिथि (सेवापुस्तिका के अनुसार)
6. कार्मिक की पूर्ववर्ती उ०प्र०रा०वि०प०/उ०प्र०ज०वि०नि०लि०
अथवा यूजेवीएन लि० में नियुक्ति का दिनांक
7. कार्मिक की प्रस्तावित सेवानिवृत्ति दिनांक
8. कार्यालय/इकाई का नाम

परिवार के सदस्यों का ब्यौरा

क्रम सं०	नाम	जन्मतिथि (प्रमाण पत्र सहित)	शैक्षिक योग्यता	कर्मचारी से सम्बन्ध	वैवाहिक स्थिति	क्या पूर्णतया आश्रित हैं या नहीं (यदि नहीं, नौकरी/व्यवसाय का विवरण दिया जाये)	अन्य विवरण
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

मैं प्रमाणित करता हूँ कि:-

1. मेरे माता/पिता जिनका नाम ऊपर दिया गया है, वे पूर्णतया: मुझ पर आश्रित हैं।
2. मेरे पुत्र/पुत्रों/अविवाहित पुत्री (पुत्रियों), जिनके नाम ऊपर दिये गये हैं, वे पूर्णतया मुझ पर आश्रित हैं।

उपरोक्त आश्रित/आश्रितों की कोई स्वतन्त्र आय (नौकरी, व्यवसाय, खेती, पेंशन, सम्पत्ति, पेटेन्ट्स, ब्याज, फिक्स डिपोजिट एवं अन्य विनियोग आदि से नहीं हैं तथा उन्हें किसी प्रकार का निःशुल्क चिकित्सा व चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति का लाभ अनुमन्य नहीं हैं।

दिनांक

कर्मचारी/अधिकारी के हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षरित