

तालिका कार्ड

सेवा निवृत्ति की तारीख : .....

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली सरकार  
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
दिल्ली सरकार, स्वास्थ्य योजना

- |    |                                          |   |       |
|----|------------------------------------------|---|-------|
| 1. | सरकारी कर्मचारी का नाम                   | : | ..... |
| 2. | विभाग/कार्यालय जहाँ कार्यरत है           | : | ..... |
|    |                                          |   | ..... |
| 3. | आवासीय पता                               | : | ..... |
| 4. | दिल्ली सरकार का निकटतम<br>अस्पताल/औषधालय | : | ..... |
| 5. | परिवार के सदस्यों का विवरण               | : | ..... |

### **मैं घोषणा करता हूँ कि:-**

- क) मेरे माता/पिता श्री/श्रीमती .....अंशतः/पूर्णतः  
 मुझ पर आश्रित हैं तथा वह/वे साधारणतः मेरे साथ ..... पते पर रहते हैं। मेरे  
 माता/पिता की कुल मासिक आय मेरे वेतन और मँहगाई भत्तों (जो भी लागू है) से अधिक नहीं  
 है तथा यह 500/- रु. प्रति माह से भी अधिक नहीं है।
- ख)(1) मेरा/मेरे पुत्र/भाई ..... वर्ष  
 आयु (क्रमशः) ..... बरोजगार है और पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं।
- (2) मेरी बेटी/बहन ..... वर्ष  
 आयु (क्रमशः) ..... अविवाहित/बरोजगार है और पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं।
- ग) मैं शपथ-पूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि स्थानांतरण/सेवानिवृत्ति/सेवा से निकाले जाने या  
 इस्तीफा देने इत्यादि की स्थिति में इस विभाग/कार्यालय को छोड़ते हुए मैं यह पहचान पत्र  
 कार्यालय को वापस लौटा दूंगा/दूंगी।

### **सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान**

औषधालय/डिस्पेंसरी : .....

### **सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान**

पहचान पत्र जारी करने की तिथि : .....

प्रमाणित किया जाता है कि तालिका कार्ड/पहचान पत्र जारीकर्ता प्राधिकारी द्वारा भली-भांति जॉच  
 लिया गया है तथा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग द्वारा जारी किए गए नियमों व आदेशों के अनुसार  
 यथोचित जारी किया गया है।

कार्यालय मोहर

जारीकर्ता प्राधिकारी के हस्ताक्षर  
 व पदनाम

## विकल्प का फॉर्म

1. मैं .....दिनांक .....से  
दिल्ली सरकार के कर्मचारियों/पेंशन भोगियों को उपलब्ध कराई गई चिकित्सा सुविधा योजना का  
चयन करता/करती हूँ।
2. मैं इस योजना का चयन नहीं करता हूँ क्योंकि मेरी पत्नी/पति केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना  
की/का सदस्या/सदस्य है। वह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत प्राप्त चिकित्सा  
सुविधाओं का लाभ उठाएगी/उठाएगा। वह अपने व अपने परिवार के सदस्यों के विशेष इलाज के  
लिए चिकित्सीय उपचार की प्रतिपूर्ति (री-इम्बर्समैट) प्राप्त करेगी/करेगा।
3. मेरी पत्नी/पति .....सरकारी विभाग में कार्यरत है/नहीं है।  
वह अपने नियोक्ता/कार्यालय से विशेष उपचार की स्थिति में चिकित्सीय उपचार की प्रतिपूर्ति का  
दावा नहीं करेगी/करेगा।

मैं उपरोक्त विकल्पों में से विकल्प संख्या..... को चुनता हूँ तथा उपरोक्त सुविधा के  
लिए, नियमानुसार, अंशदान के तौर पर मेरे वेतन से रूपए.....प्रति माह .....  
महीने से काटे जाएं।

( आवेदक के हस्ताक्षर )

नाम .....

पदनाम .....

कर्मचारी कूट संख्या.....

शाखा/विभाग .....

.....

☞ : कृपया ध्यान दें : उपरोक्त में से जो भी लागू नहीं होता है उसे काट दें।