

भारत सरकार/Government of India  
परमाणु ऊर्जा विभाग/Department of Atomic Energy  
परिवर्ती ऊर्जा साइक्लोट्रॉन केन्द्र/Variable Energy Cyclotron Centre  
[अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना/Contributory Health Service Scheme]

01.01.2019 तक सी.एच.एस.एस., कोलकाता के अधीन आश्रित लाभार्थियों के संबंध में घोषणा  
Declaration regarding dependent beneficiaries under CHSS, Kolkata as on 01.01.2019

नाम/Name	पदनाम/Designation	प्रभाग/Division	सं.सं.सं./CC. No.

सी.एच.एस.एस. सं./CHSS No.

आवासीय पता/Residential Address

पिन कोड/Pin Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

लाभार्थियों के विवरण / PARTICULARS OF THE BENEFICIARIES  
[परिवार के सदस्य/माता-पिता/Family Members/Parents]

क्र. सं. Sl. No.	नाम/Name	संबंध Relationship	जन्म तिथि Date of Birth	वृत्तिका, यदि कोई तथा मासिक आय/Income, if any and Income per month	राशन कार्ड सं. Ration Card No.	अन्य स्रोतों से चिकित्सीय लाभ/Medical benefits from other sources

**प्रमाणपत्र / CERTIFICATE**

परिवार के सदस्य/Family Members:

I.  मैं प्रत्येक कैलेंडर वर्ष के प्रारंभ में तथा जब कभी भी आवश्यकता पड़ने पर उल्लिखित परिवार के सदस्यों के सी.एच.एस.एस. में शामिल करने हेतु योग्यता घोषित करने का वचन देता हूँ तथा उल्लिखित लाभार्थियों के सी.एच.एस.एस. कार्ड वापिस कर दूँगा जब वे सी.एच.एस.एस. के लाभों हेतु पात्र नहीं रह जायेंगे।/ undertake to declare at the beginning of each calendar year and whenever necessary about the eligibility for inclusion to CHSS of the above mentioned family members and shall return the CHSS cards of the above mentioned beneficiaries when they become ineligible for CHSS benefits.

II.  मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे माता-पिता उपरोक्त पते पर मेरे साथ 30 दिनों से अधिक से रह रहे हैं।/ certify that my parents are staying with me for more than 30 days and at the same address mentioned above.

मैं घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सूचना सत्य एवं सही है।/ declare that the information furnished above is true and correct.

आवेदक का हस्ताक्षर/Signature of Applicant

दिनांक/Date: \_\_\_\_\_