

भारत सरकार Government of India  
परमाणु ऊर्जा विभाग Department of Atomic Energy  
नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र Nuclear Fuel Complex  
प्रशासन Administration  
सीएचएसएस विभाग CHSS Section

ईसीआईएल डाकघर ECIL Post  
हैदराबाद Hyderabad - 500062

सं.No.NFC/CHSS/2019/395

मार्च March , 16 2019

परिपत्र CIRCULAR

विषय : अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना, नाईस हैदराबाद के अंतर्गत लाभार्थियों के आकड़ों को समृद्ध करने के संबंध में।

Sub : Strengthening of the data in respect of beneficiaries under CHSS, NFC, Hyderabad

\*\*\*\*\*

अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना के अंतर्गत लाभार्थियों के आकड़ों को समृद्ध करने और वर्तमान आकड़ों का अद्यतन करने के प्रक्रिया में यह निर्णय लिया गया है कि अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना, नाईस के अंतर्गत सभी अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना के लाभार्थियों जिसमें सेवानिवृत्त पदाधिकारी, आश्रित इत्यादि शामिल हैं के नवीनतम आकड़ों को प्राप्त किया जाना चाहिए। In order to strengthen the data of beneficiaries under CHSS and to update the existing data, it has been decided to obtain the latest data from all the CHSS beneficiaries including Retired Officials, dependents etc., under CHSS, NFC.

इस संबंध में, यह अनुरोध किया जाता है कि विधिवत रूप से भरे हुए केवाईसी प्रारूप को यथाशीघ्र अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना, अनुभाग में 15th अप्रैल 2019 से पहले संलग्न प्रारूप में जमा करवा दें। In this regard, it is requested to submit the duly filled in KYC form in CHSS section, at the earliest, but not later than 15th April, 2019, in the format enclosed.

sd/-

(के.पी.एस.पिल्लै K.P.S.Pillai)

प्रशासनिक अधिकारी Administrative Officer-III

संलग्नक: यथोपरि Encl: a.a

सभी संयंत्र/अनुभाग All Plants / Sections

सभी सूचना पट्टों All Notice Boards

प्रतिलिपि Copy to:

1. मुख्य कार्यपालक, नाईस CE, NFC - सादर सूचनार्थ - for kind information.
2. सभी उप मुख्य कार्यपालक/परि.निदे.जेडसी/.पलय/.महा.प्रबं/क्षे.नि.,.क्रभनिहैए/उपमहा.प्रबं/.प्रधान/वरि.प्रबं/ प्रबं/.उप प्रबं/.कार्य.प्रभारी  
DCEs/PD, ZC(P)/GMs/RD, HRPSU/DGMs/Heads /SMs/Mgrs/DMs/OICs
3. मुख्य चिकित्सा अधीक्षक (ओएचसी ,कोटा व जेडसी ) मुख्य चिकित्सा अधीक्षक (सीएचसी सीएचएसएस/ मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधिकारी ,नाईस CMS (OHC, Kota & ZC) / CMS (CHC & CHSS/CMO/Medical Officer's, NFC
4. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी (भ./स्था.) नाईस/CAO (R/E), NFC
5. संयुक्त नियंत्रक (वित्त व लेखा)/JC (F & A), NFC
6. उप महानिरीक्षक ,पऊवि मुख्यालय/समादेष्टा ,कै.औ.सु.ब. DIG, DAE Headquarters/Commandant, CISF
7. महासचिव, नाईस औ.का.संघ/ General Secretary, NFC IWU
8. अध्यक्ष ,नाईस पर्य.कर्म.संघ/नाईस वैज्ञा.सहा.संघ/ नाईस अधिकारी संघ President, NFCSSA/ NFCSAA / NUFEOA

सूचनार्थ प्रति / Copy also for information to:

1. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, पखनि, हैदराबाद / CA & AO, AMDER, Hyderabad
2. प्रभारी वैज्ञानिक, टीआईएफआर, हैदराबाद / Administrative Officer, TIFR, Hyderabad
3. प्रभारी वैज्ञानिक, सीसीसीएम, हैदराबाद / Scientist-in-Charge, CCCM, Hyderabad
4. प्रमुख, आरसी, जानकी, ब्रिट, हैदराबाद / Head, RC, Jonaki, BRIT, Hyderabad
5. प्रधानाचार्य, आईसीएस-1/जेएस/, उप प्रधानाचार्य प्रभारी आईसीएस-II, हैदराबाद Principal, AECS-I/JS, Vice Principal / Incharge, AECS-II, Hyderabad
6. प्रभारी अधिकारी, एनपीसीआईएल, ईसीआईएल कैंपस, हैदराबाद Officer-in-Charge, NPCIL, ECIL Campus, Hyderabad आईआईडब्ल्यू, पऊवि, हैदराबाद/ IIW, DAE, Hyderabad
8. प्रबन्धक-क्रय, आरपीयू ( एम) शहरी कार्यालय, नाईस परिसर, हैदराबाद. Manager-Purchase, RPU (M) City Office, NFC Premises, Hyderabad.
9. समन्वयक, सेवानिवृत्त कर्मचारी संगठन / Coordinator, Retired Employees' Association

भारत सरकार Government of India  
परमाणु ऊर्जा विभाग Department of Atomic Energy  
नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र Nuclear Fuel Complex  
प्रशासन Administration (सीएचएसएस विभाग CHSS Section)

ईसीआईएल डाकघर ECIL Post  
हैदराबाद Hyderabad - 500062

**KYC APPLICATION FOR UPDATING THE DATA IN HOSPITAL INFORMATION MANAGEMENT SYSTEM**

Please fill this form in ENGLISH and in BLOCK LETTERS.

**A. EMPLOYEE DETAILS (PRIME BENEFICIARY)**

1. Name of the Employee (Shri/Smt/Kum):			2. Designation:	
3. EC.No.	4. Plant:	5. Plant Code:	6. Unit:	
7. CHSS.No.	8. Date of Birth (dd/mm/yyyy):		9. Age:	
10. Serving / Retired:		11. Date of Appointment in DAE (dd/mm/yyyy):		
12. Date of Appointment in NFC (dd/mm/yyyy):		13. Date of Retirement (dd/mm/yyyy):		
14. Present Pay / Pay at the time of Retirement:				

**B. ADDRESS DETAILS**

1. Residence Address:			
2. City/Town/Village:		3. State:	4. Pin Code:
5. Contact Details: Tel.(Off.)		Tel.(Res.)	Mobile No:
6. Email id:			

**C. BENEFICIARY DETAILS - SPOUSE**

1. Name of the Spouse:		2. Date of Birth (dd/mm/yyyy):	
3. Age:	4. Occupation:	5. Mobile No.	

**D. BENEFICIARY DETAILS - SONS / DAUGHTERS**

Sl.No.	Name	DOB	Age	Present Study / Profession	Monthly earnings	Contact No.	Remarks

**E. BENEFICIARY DETAILS - PARENTS / OTHERS**

Sl.No.	Name	DOB	Age	Monthly earnings	Contact No.	Remarks

**DECLARATION**

I hereby declare that the details furnished above are true and correct to the best of my knowledge and belief and I undertake to inform you of any changes therein, immediately. In case any of the above information is found to be false or untrue or misleading or misrepresenting, I am aware that I may be held liable for it.

Date (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_\_

Signature of the Employee:

