

सं.No.NFC/CHSS/04/01/2020/1564

दिनांक Date : January 27, 2020

परिपत्र CIRCULAR

विषय : आश्रित लाभार्थियों (बच्चों एवं माता-पिता/सास-ससुर) के सीएचएसएस कार्डों एवं स्वास्थ्य पासबुकों के नवीकरण के संबंध में।

Sub : **Renewal of CHSS Cards and Health Pass Books in respect of Dependent beneficiaries (Children and Parents/Parents-in-law)-Reg.**

अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना (सीएचएसएस) के अनुसार, नाईस में प्रत्येक कार्यरत/सेवानिवृत्त कर्मचारी, जो सीएचएसएस के सदस्य हैं, यदि अपने आश्रित माता-पिता/सास-ससुर एवं 18 वर्ष की अधिक आयु के बच्चों या अन्य आश्रितों के लिए सीएचएसएस सुविधा का लाभ, जारी रखना चाहते हैं तो उन्हें, सीएचएसएस कार्ड को नवीकरण कराते समय, उक्त आश्रितों की आय एवं आवासीय पते की घोषणा निर्धारित प्रोफार्मा में अनिवार्य रूप से प्रस्तुत करनी होगी। In terms of CHS Scheme, every serving and retired employee who is a member of CHS Scheme, NFC has to invariably make a declaration in the prescribed form regarding income and residence of their dependant parents, parents-in-law, children above 18 years of age and other dependants while renewing their CHSS cards for the purpose of continuation of CHSS facilities.

2. तदनुसार, सभी कर्मचारी जिन्होंने अपने बच्चों, माता-पिता/सास-ससुर एवं आश्रित रिश्तेदारों को अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना (सीएचएसएस) के अंतर्गत पंजीकृत किया है और यदि उनके लिए जारी किए गए कार्ड की वैधता दिनांक 31-03-2020 को समाप्त हो रही है, तो इसका नवीकरण करने के लिए, घोषणा सहित उक्त सदस्यों की पासपोर्ट साइज की नवीनतम फोटोग्राफ नवीकरण के फॉर्म हेतु निर्धारित प्रोफार्मा (अनुलग्नक-I) में भर कर प्रस्तुत करें। Accordingly, employees who have registered their children, parents / parents-in-law and other dependant relatives, the validity of whose cards are due to expire by 31/03/2020 shall submit their declarations in the prescribed form (Annexure-I) along with their latest passport size photos affixed on the format for renewal.

3. जिन प्रमुख लाभार्थियों/कर्मचारियों के बच्चों की आयु 20 से 25 वर्ष तक है और यदि वे विद्यार्थी हैं तो उनके सीएचएसएस कार्डों का नवीकरण करने के लिए वर्ष 2020-21 हेतु संबंधित कॉलेज/यूनिवर्सिटी से प्राप्त बोनाफाइड प्रमाणपत्र प्रस्तुत करना होगा। जिन बच्चों की आयु 20 से 25 वर्ष तक है और यदि वे नियमित विद्यार्थी नहीं हैं तो निर्धारित प्रपत्र में (अनुलग्नक-III) में शपथपत्र, आधार कार्ड की प्रति सहित 1 वर्ष का नवीनतम आईटी रिटर्न प्रस्तुत करना होगा। Children of prime beneficiary / employees who are in the age group of 20 to 25 years and are regular students are required to submit Bonafide certificate from their College / University for the year 2020-21 for renewal of CHSS cards. Children between the age group of 20-25 years and are not regular students are required to submit Affidavit in prescribed format (Annexure-III), and latest IT return for 1 year alongwith a copy of Aadhar card.

Contd....2

4. सीएचएसएस कार्ड जारी करने हेतु विचार किए जाने की तारीख तक कर्मचारी के माता-पिता / सास-ससुर (जो भी लागू हो) की मासिक आय, मंहगाई भत्ते सहित सभी स्रोतों को मिलाकर कुल रु.9000/- प्रति माह से अधिक नहीं होने पर ही माता-पिता / सास-ससुर सीएचएसएस कार्ड के नवीकरण के लिए पात्र होंगे। बच्चों की आय सीमा रु.6000/- प्रति माह है। अर्जन यदि सीमा से अधिक है तो, ग्रह मान लिया जाएगा कि वे लाभप्रद रोजगार प्राप्त हैं अतः सीएचएसएस सुविधा प्राप्त करने के पात्र नहीं होंगे। Parents / Parents-in-law (where applicable) of the employee are entitled for renewal of CHSS card only if the monthly income of both the parents / parents-in-law from all the sources does not exceed Rs.9000/- per month plus the amount of DR as on date of consideration. The income limit of children is Rs.6000/-per month. In case of earning more than the limit, they are considered as gainfully employed and will not be entitled for CHSS facilities.

5. सेवारत तथा सेवानिवृत्त दोनों प्रकार के आवेदक यह नोट करें कि आवेदनों (अनुलग्नक-1) को प्रस्तुत करते समय में अनुलग्नक-II में सूचित दस्तावेजी प्रमाण, जाँच व सत्यापन के लिए प्रस्तुत करना अनिवार्य है। It may be noted that while submitting the applications (Annexure-I), applicants both serving & retired are required to submit the documents as indicated in Annexure- II for scrutiny and verification.

6. कृपया यह नोट करें कि कार्ड पर छपी अंतिम वैध तिथि तक यदि पुराने कार्ड का नवीकरण नहीं किया जाता है तो सीएचएसएस सुविधा प्रदान नहीं की जाएगी। यदि कर्मचारी/सेवानिवृत्त कर्मचारी अपने कार्ड नवीकृत नहीं कराते हैं तो आपातस्थिति या अन्य परिस्थितियों में कराए गए इलाज के लिए वे स्वयं जिम्मेदार होंगे और इसके लिए किसी भी प्रकार की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी। It may please be noted that CHSS facility will not be extended unless & until old cards are renewed before the expiry of validity printed on the cards. **If employees/ retired officials fail to renew the cards, treatment in emergency situation, or otherwise, will be at their own risk and no reimbursement would be allowed.**

7. सीएचएसएस मैनुअल के नियम सं. 4.2.2 के अनुसार, संबंधित कर्मचारी का यह दायित्व होगा कि जैसे ही परिवार का कोई सदस्य स्कीम का लाभ लेने का पात्र नहीं है तो तुरंत कार्ड वापस सौंप दें। कर्मचारी द्वारा प्रस्तुत घोषणा एवं शपथ-पत्र को अंतिम माना जाएगा और यदि यह पाया जाता है कि यह झूठा है तो उक्त कर्मचारी पर अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी। As per Rule No.4.2.2 of CHS Manual, it shall be the responsibility of the employee concerned to notify the CHSS, NFC as soon as any member of the family becomes ineligible for the benefits of the scheme and to surrender the cards. The declaration submitted by the employee and Affidavits will be treated as final and in case it is found to be false he/she will be liable for disciplinary action.

8. चूंकि नए सीएचएसएस कार्ड को बनवाने में समय लगता है, अतः सभी आवेदकों से अनुरोध है कि वे अपने आवेदन अनिवार्य रूप से 15/02/2020 तक प्रस्तुत करने में सहयोग दें। Since preparation of new CHSS cards takes time, all applicants are requested to extend their co-operation by submitting their applications latest by **15/02/2020** without fail.

(3)

9. सभी लाभार्थियों की सुविधा के लिए, इस परिपत्र एवं नवीकरण हेतु फॉर्मेट को, एनएफसी की वेबसाइट और एनएफसी इंटरनेट पर अपलोड किया गया है। This circular along with the renewal formats is also uploaded on NFC website and NFC intranet simultaneously, for ready reference of all beneficiaries.

10. इसे सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जाता है।
This issues with the approval of Competent Authority.



(वाई. नागार्जुना प्रसाद Y.Nagarjuna Prasad)
प्रशासनिक अधिकारी Administrative Officer-III

संलग्नक/Enclosed : यथोपरि/a.a.

सभी संयंत्र / अनुभाग All Plants / Sections

सभी सूचनापट्ट/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./महाप्रबंध/क्षे.नि., क्रभनिहैए/उप महाप्रबंध./प्रधान/वरि.प्रबंध./ प्रबंध./उप प्रबंध./कार्या.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 व सीएचएसएस)/ मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधिकारी, नाईस CMS (OHC, Kota & ZC)/CMS (CHC & CHSS/CMO/Medical Officers, NFC
4. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, नाईस/CAO, NFC
5. संयुक्त नियंत्रक वित्त व लेखा/JCFA, NFC
6. उप महानिरीक्षक, पऊवि मुख्यालय/समादेश, के.औ.सु.व./ 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, NFC SSA/ NFC SAA / NUFCOA

सूचनार्थ प्रति/Copy also for information to:

1. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, पखनि, हैदराबाद / CAO, AMD, Hyderabad
2. प्रभारी वैज्ञानिक, टीआईएफआर, हैदराबाद / Scientist-in-Charge, TIFR, Hyderabad
3. प्रभारी वैज्ञानिक, सीसीसीएम, हैदराबाद / Scientist-in-Charge, CCCM, Hyderabad
4. प्रमुख, आरसी, जोनाकी, ब्रिट, हैदराबाद / Head, RC, Jonaki, BRIT, Hyderabad
5. प्राचार्य, आईसीएस-I/II, एएयूएच, हैदराबाद / Principal, AECS-I/II, AUH, Hyderabad
6. प्रभारी अधिकारी, एनपीसीआईएल, ईसीआईएल कैंपस, हैदराबाद Officer-in-Charge, NPCIL, ECIL Campus, Hyderabad
7. आईआईडब्ल्यू, पऊवि, हैदराबाद / IIW, DAE, Hyderabad
8. प्रबन्धक-क्रय, आरपीयू (एम) शहर कार्यालय, नाईस परिसर, हैदराबाद Manager-Purchase, RPU(M) City Office, NFC Premises, Hyderabad
9. समन्वयक, सेवानिवृत्त कर्मचारी संगठन / Coordinator, Retired Employees' Association

उचित माध्यम द्वारा thro //Proper channel//

संतान/माता-पिता/सास-श्वसुर/आश्रित संबंधियों के सीएचएसएस कार्ड के नवीकरण हेतु घोषणा
DECLARATION FORM FOR RENEWAL OF CHSS CARDS OF
CHILDREN/PARENTS/PARENTS-IN-LAW/DEPENDENT RELATIVES

1. कर्मचारी /सेवानिवृत्त पदाधिकारी/ मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Employee/retired official/_____
Prime Beneficiary_____
2. पदनाम Designation_____ 3. का.कू. EC No._____/सीएचएसएस संख्या CHSS No._____
4. संयंत्र Plant_____ 5. इकाई Unit_____
6. वर्तमान/अंतिम वेतन Present /Last Pay_____ (ग्रेड वेतन Gr. pay)
7. पता Address_____
8. टेलीफोन नं .Tel. No. Landline_____/कार्यालयOffice_____/मो . Mobile_____
9. पुनर्वैधीकरण की आवश्यकता वाले बच्चों का विवरण Particulars of children requiring revalidation

नाम Name	संबंध Relationship	जन्मतिथि Date of Birth	व्यवसाय / आय Occupation/income	विद्यालय / कॉलेज School/College	अभ्युक्ति Remarks

बच्चे-I की फोटो /Photo of Child-1	बच्चे-II की फोटो Photo of Child-2	बच्चे-III की फोटो Photo of Child-3	बच्चे-IV की फोटो Photo of Child-4

मैं, घोषणा करता हूँ कि उपरिलिखित बच्चे अविवाहित हैं और मेरे साथ रहते हैं तथा मुझ पर आश्रित हैं। ऊपर दिये गये विवरण सत्य है और मेरी वैयक्तिक फाइल तथा सेवापुस्तिका में रिकॉर्ड के अनुरूप है। जैसे ही मेरे परिवार का कोई सदस्य अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना का लाभ लेने के लिए अपात्र हो जाएगा मैं उसकी सूचना अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना अनुभाग को दूँगा और अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना कार्ड लौटा दूँगा। मैं यह भी जानता हूँ कि किसी भी सदस्य के बारे में यदि कोई भी सूचना गलत पायी जाती है तो उस सदस्य का नाम योजना से निरस्त कर दिया जाएगा तथा उस पर खर्च हुई सारी रकम वसूल ली जाएगी और इसके अतिरिक्त मैं अनुशासनिक कार्रवाही का दायी होऊँगा।

I declare that the children mentioned above are unmarried and staying with me and dependent upon me. Particulars furnished above are correct and are as recorded in my Personal file and Service Book etc. I shall notify CHSS Section, NFC as soon as any member of my family becomes ineligible for the benefit and surrender the CHSS card. I am also aware that, In case any information in respect of any member is found to be incorrect, the member's name will be cancelled forthwith and entire cost on the treatment shall be recovered and in addition I will be liable for disciplinary action.

For Official purpose

Checked by (dealing hand)	Approved by (APO,CHSS)
LOT No:	

10. माता-पिता/ सास-ससुर/अन्य आश्रित संबंधियों का विवरण

Particulars of Dependent Parents/Parents-in-Law/other dependent relatives.

नाम Name	संबंध Relationship	जन्म तिथि Date of Birth	व्यवसाय Occupation	आय income

पिता की फोटो Photo of FATHER	माताजी की फोटो Photo of MOTHER	ससुर की फोटो Photo of FATHER-IN-LAW	सास की फोटो Photo of MOTHER-IN-LAW
------------------------------------	---	---	--

मैं, घोषणा करता हूँ कि मेरे पिता/माता/सास-ससुर ऊपर दिए गए आश्रित संबंधी मेरे साथ रहे हैं और मुझ पर आश्रित हैं। ऊपर दी गई सूचना सत्य है और मेरी वैयक्तिक फाइल एवं सेवापंजी आदि में रिकॉर्ड कि गई है। जैसे ही मेरे परिवार का कोई सदस्य अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना का लाभ लेने के लिए अपात्र हो जाएगा मैं उसकी सूचना अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना अनुभाग को दूंगा और अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना कार्ड लौटा दूंगा। मैं यह भी जानता हूँ कि किसी भी सदस्य के बारे में यदि कोई भी सूचना गलत पायी जाती है तो उस सदस्य का नाम योजना से निरस्त कर दिया जाएगा तथा उस पर खर्च हुई सारी रकम वसूल ली जाएगी और इसके अतिरिक्त मैं अनुशासनिक कार्रवाही का दायी होऊँगा।

declare that my father/mother/father-in-law/mother-in-law/dependent relative mentioned above is/ are staying with me and dependent on me. Particulars furnished above are correct and are as recorded in my personal file and service book etc. . I shall notify CHSS Section, NFC as soon as any member of my family becomes ineligible for the benefit and surrender the CHSS card. I am also aware that, In case any information in respect of any member is found to be incorrect, the member's name will be cancelled forthwith and entire cost on the treatment shall be recovered and in addition I will be liable for disciplinary action.

दिनांक Date _____

कर्मचारी /सेवानिवृत्त पदाधिकारी/ मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर
Signature of Employee/Retired Official/ Prime

Beneficiary

प्रमाण पत्र CERTIFICATES

सेवारत कर्मचारियों हेतु For Serving Employees	सेवानिवृत्त कर्मचारियों हेतु For Retired Officials
<p>प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती _____ पदनाम _____</p> <p>का.कू. _____ द्वारा दिये गये उपर्युक्त विवरण का सत्यापन किया और सही पाया गया। Certified that the above details furnished by Shri/Shrimati _____ Design _____ EC No. _____ are verified and found to be Correct.</p> <p>सहायक कार्मिक अधिकारी (स्थापना) APO (Estt.)</p>	<p>प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती _____ पदनाम _____</p> <p>का.कू. _____ के संबंध में उपर्युक्त जन्म तिथियों, पता, आहरित अंतिम वेतन और फोटो का सत्यापन किया गया तथा सही पाया गया। Certified that the above Date (s) of birth address. Last Pay drawn and photos in respect of Shri/Shrimati _____ Design _____ EC No. _____ are verified and found to be Correct.</p> <p>सहायक कार्मिक अधिकारी (स्थापना) APO (Estt.)</p>

अनुदेश Instructions**I****माता-पिता के लिए For parents:**

- 1) निवास का प्रमाण जैसे राशन कार्ड / आधार कार्ड / चुनाव पहचान पत्र / पासपोर्ट/ राष्ट्रीयकृत बैंक के पासबुक की प्रति/पऊवि के दि.22/11/2019 के का.जा.के अनुसार रु.100/- के गैर-न्यायिक स्टैम्प पेपर पर प्रमुख लाभार्थी द्वारा हस्ताक्षर सहित शपथ-पत्र (अनुलग्नक-IV) की प्रस्तुति जिसमें यह लिखा हो कि उसके माता-पिता उसके साथ रहते हैं।
Residence proof like Ration card / Aadhar Card / Election Identity Card / Passport / Nationalised Bank Pass Book Copy / Production of Affidavit on non-judicial stamp paper of Rs. 100/- duly signed by the prime beneficiary as per DAE OM dated 22/11/2019 (Annexure - IV) stating that their parents are staying with them.
- 2) नवीनतम आयकर विवरण की पावती Latest Income Tax Return acknowledgement.
- 3) पेंशनरों के संबंध में, पेंशन के भुगतान आदेश की प्रति के साथ-साथ बैंक का नवीनतम विवरण जिसमें प्रति माह के कुल लाभ का विवरण दिया गया है;
In case of pensioners - Copy of Pension Payment Order with a copy of latest bank statement containing the amount of total benefits per month;

II

20 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चों जिनके अध्ययन की घोषणा की जानी है।

For dependent children, who are below 20 years of age, declared to be studying.

- 1) वर्ष 2020-21 के लिए वास्तविक प्रमाणपत्र / स्कूल या कॉलेज का आईडी कार्ड या फीस की रसीद।
Bonafide Certificate / School or College ID Card or Fee Receipt for the year 2020-21

III(a)

20-25 वर्ष की आयु वर्ग के आश्रित बच्चों के संबंध में जिनके अध्ययन करने की घोषणा की गई है।

For dependent children, who are in the age group of 20-25 years of age who are declared to be studying.

- 1) कॉलेज / यूनिवर्सिटी से प्राप्त वास्तविक प्रमाणपत्र।
Bonafide Certificate from College / University for the year 2020-21

III(b)20-25 वर्ष की आयु वर्ग के आश्रित बच्चों के संबंध में जिनके अध्ययन नहीं करने की घोषणा की गई है। **For dependent children, who are in the age group of 20- 25 years of age who are declared to be not studying.**

- 1) सीएचएसएस के अंतर्गत चिकित्सा सुविधाएं प्राप्त करने हेतु रु.100/- के गैर-न्यायिक स्टैम्प पेपर पर शपथ पत्र बच्चों के विधिवत हस्ताक्षर तथा प्रमुख लाभार्थी के प्रतिहस्ताक्षर।
Production of Affidavit on non-judicial stamp paper of Rs.100/- duly signed by the child seeking medical facilities under CHSS and countersigned by the prime beneficiary (Annexure - III).
- 2) आधार कार्ड की प्रति सहित 1 वर्ष का नवीनतम आईटी रिटर्न की पावती।
Latest IT return acknowledgement for 1 year along with a copy of Aadhar card.

* * *

AFFIDAVIT

I, _____ (Name of the applicant i.e. son/daughter of employee), Date of Birth _____ age _____ S/o or D/o _____ (Name of Employee) working as _____ EC No. _____ Plant _____ in Nuclear Fuel Complex, Department of Atomic Energy, Government of India, having enrolled in CHSS of NFC, DAE through my father / mother, do hereby state and declare on solemn affirmation as under;

(i) That, I am residing at _____
_____ (Full address).

(ii) That, I am employed in _____
_____ (Full address) as _____
and earning Rs. _____ per month.

(OR)

(iii) I am not employed anywhere and not earning any income towards salary or otherwise.

(iv) I shall inform NFC, DAE, Government of India through my parent, who is the prime beneficiary, in case my monthly income exceeds Rs. 6000/- per month.

(v) I hereby solemnly affirm and undertake that the details stated above are true and correct.

- (vi) In case the details furnished above are found untrue/false at any point of time, I am aware that the Prime Beneficiary shall pay the full amount of treatment / medical facilities, besides other administrative procedures.
- (vii) I hereby enclose self attested copy of my Income Tax return for the last two years.
- (viii) I hereby submit a self attested copy of my Aadhar Card.

Signature of the son/daughter of
Prime beneficiary under CHSS

Countersigned by the Prime beneficiary under CHSS

Signature : _____

Name : _____

Design. : _____

EC No. : _____

Plant Code : _____

Residential: _____

Address _____

Contact No. _____

वचनबंध शपथ पत्र UNDERTAKING / AFFIDAVIT
(निवास की घोषणा RESIDENCE DECLARATION)

मैं _____ (कर्मचारी का नाम) पदनाम _____ कार्मिक कूटांक _____, संयंत्र _____ यूनिट _____, परमाणु ऊर्जा विभाग, भारत सरकार, एनएफसी, पञ्जुवि के सीएचएसएस के अंतर्गत पंजीकृत सीएचएसएस सं. यह घोषणा करता/करती हूँ तथा वचन देता/देती हूँ :

I _____ (Name of the employee) working as _____ E.C. No _____, Plant: _____ in Unit _____, Department of Atomic Energy, Government of India, enrolled under CHSS of NFC, DAE with CHSS no. _____, do hereby state and declare on solemn affirmation as under:

(i) कि, मेरे माता-पिता, नामतः पिता श्री _____ तथा माता श्रीमती _____ मेरे साथ (पूरा पता) _____ पर रहते हैं।

That, my parents viz., Father Shri _____ and Mother Smt. _____ are residing with me at _____ (full address).

(ii) कि, मैं अपने माता-पिता के संबंध में पते के निम्नलिखित में से कोई भी प्रमाण प्रस्तुत करने में असमर्थ हूँ। राशन कार्ड/आधार कार्ड/चुनाव पहचान पत्र/पासपोर्ट/राष्ट्रीयकृत बैंकों द्वारा जारी बैंक पास बुक।

That, I am unable to produce any of the following address proof in respect of my parents, Ration Card / Aadhar Card / Election Identity Card / Passport / Bank Pass Book issued by Nationalised Banks.

(iii) कि, वे कहीं पर भी रोजगारप्राप्त नहीं हैं और वेतन या अन्यथा माध्यम से कोई भी आय प्राप्त नहीं कर रहे हैं।
That, they are not employed anywhere and not earning any income towards salary or otherwise.

(iv) यदि मासिक आय रु.9000/- प्रति माह से अधिक हो जाती है तो मैं इसकी सूचना एनएफसी, पञ्जुवि को दूंगा/दूंगी।
I shall inform NFC, DAE in case their monthly income exceeds Rs. 9000/- per month.

(v) यदि किसी भी समय उपरोक्त विवरण गलत/झूठ पाए जाते हैं तो, मुझे यह पता है कि प्रशासनिक कार्यविधियों सहित उपचार/मेडिकल सुविधाओं की पूरी राशि लौटा दूंगा/दूंगी।

In case the details furnished above are found to be untrue / false at any point of time, I am aware that I shall pay the full amount of treatment / medical facilities, besides other administrative procedures.

(vi) मैं एतद्वारा सत्यनिष्ठापूर्वक शपथ एवं वचनबंध लेता हूँ कि उपरोक्त विवरण सही हैं।

I hereby solemnly affirm and undertake that the details stated above are true and correct.

(सीएचएसएस के अंतर्गत प्रमुख लाभार्थी का हस्ताक्षर Signature of the prime beneficiary under CHSS)

नाम **Name** : _____

पदनाम **Design.** : _____

का.कू.**E.C. No** : _____

संयंत्र कूट **Plant Code** : _____

निवासीय **Residential**

पता **Address** : _____

संपर्क सं.**Contact No** : _____

