अनुलग्नक-१ ANNEXURE - I

बच्चे के लए शपथ-पत्र AFFIDAVIT FOR CHILDREN

मैं,_____ (आवेदक का नाम यथा कर्मचारी का पुत्र/पुत्री), जन्मतिथि _____आयु _____ पुत्र श्री / पुत्री श्री _____ (कर्मचारी का नाम) जो भारत सरकार के परमाणु ऊर्जा विभाग के _____ (यूनिट नाम), का. कू. _____संयंत्र _____ में _____के पद पर कार्यरत हैं, अपने पिता/माता के माध्यम से एनएफसी, पऊवि की सीएचएसएस लाभार्थी के रूप में शामिल होने के लिए यह घोषणा करता/करती हूं तथा वचन देता/देती हूँ:

I, _____ (Name of the applicant i.e. Son/Daughter of employee), Date of Birth _____ age _____ S/o or D/o _____ (Name of the Employee) working as _____ EC No. _____ Plant _____ in _____ (Unit name), 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:

a) यह कि, मैं_____ (पूरा पता) पर निवास करता/करती हूं।
That, I am residing at _____
_____ (Full address).

b) यह कि, मैं _____ (पूरा पत्ता) में _____
रोजगार प्राप्त हूं और मेरी आय रुपए _____ प्रति माह है।
That, I am employed in _____ (Full address)
as _____ and earning Rs. _____ per month.

(या OR)

1. मैं कहीं भी रोजगार प्राप्त नहीं हूं और वेतन और मुझे किसी भी रूप में और कोई भी आय नहीं है।
I am not employed anywhere and not earning any income towards salary or otherwise.

2. अगर मेरी मासिक आय 6000/- रुपए से अधिक होती है तो मैं भारत सरकार के परमाणु ऊर्जा विभाग के नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र, को अपने माता-पिता जो मुख्य लाभार्थी हैं, के माध्यम इसकी सूचना दूंगा/दूंगी। 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.

3. मैं यह घोषणा करता/करती हूं कि और वचन देतादेती हूं कि उपर्युक्त दी गई सूचना सत्य और सही है। I hereby solemnly affirm and undertake that the details stated above are true and correct.

4. अगर किसी भी समय मेरे द्वारा प्रस्तुत उपर्युक्त विवरण असत्य/झूठे पाये जाते है, तो मुझे ज्ञात है कि अन्य प्रशासनिक कार्रवाई के साथ-साथ मुख्य लाभार्थी को उपचार और चिकित्सा सुविधा पर आए पूरे खर्च का भुगतान करना पड़ेगा। 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.

5. मैं वर्तमान निर्धारण वर्ष की स्वप्रमाणित आयकर विवरणी संलग्न कर रहा हूं । I hereby enclose self attested copy of my Income Tax return for the present Assessment year.

6. मैं अपने आधार कार्ड की स्वप्रमाणित प्रति को संलग्न कर रहा हूं। I hereby submit a self attested copy of my Aadhar Card.

प्रमुख लाभार्थी के पुत्र/पुत्री का हस्ताक्षर
Signature of the Son/Daughter of Prime beneficiary

प्रमुख लाभार्थी के प्रतिहस्ताक्षर
Countersigned by the Prime beneficiary

संपर्क सं.Contact No : _____