भारत सरकार **Government of India**

परमाणु ऊर्जा विभाग **Department of Atomic Energy**

नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र **Nuclear Fuel Complex**

25 वर्ष की आयु से अधिक आयु वाले जो शारीरिक विकलांग, मानसिक विकलांग असुविधा कठिनाई वाले मामलों से पीडित पुत्र/पुत्री को सीएचएसएस सुविधाओं के विस्तार हेतु आवेदन

Application for extension of CHSS facilities to Son/Daughter beyond the age of 25 years who is suffering from Physical Disability / Psychiatric Disability or under Hardship grounds

भाग **- I:** कर्मचारी का विवरण **: Part - I: Details of Employee:**

1	कर्मचारी का नाम Employee Name:			2	पदनाम Designation:	
3	का.कू. E.C. No.:			4	सीएचएसएस नं. CHSS No.:	
5	इकाई Unit:			6	संयंत्र/संयंत्र कोड Plant /Plant Code:	
7	जीवित बच्चों की कुल संख्या Total number of surviving Children:	पुरूष Male	महिला Female	8	कर्मचारी की स्थिति(सेवारत/सेवानिवृत्त/मृतक) Employee status: (Serving/Retired/Deceased)	
9	संचार के लिए कर्मचारी का पता Employee address for Communication:			10	मोबाइल नं. Mobile No.:	

भाग **- II** आश्रित बच्चे का विवरण **: Part - II: Details of dependent Child:**

1	पुत्र/पुत्री का नाम : Son/Daughter Name:		2	पुत्र/पुत्री(प्रथम/द्वितीय/तृतीय/चतुर्थ/.. (1^{st}/2^{nd}/3^{rd}/4^{th}/... Son/Daughter)	
3	जन्म की तारीख Date of birth:		4	शैक्षणिक योग्यता Educational Qualification	
5	वैवाहिक स्थिति (विवाहित/अविवाहित): Marital status (Married/Unmarried):		6	आज की तिथि की आयु Age as on date:	
7	रोजगार/बेरोजगार Employed/Unemployed:		8	यदि कार्यरत हैं, तो विवरण : If employed, details:	
9	टिप्पणी (यदि कोई हो): Remarks (if any):				

भाग **- III:** दस्तावेज संलग्न **: Part - III: Documents enclosed:**

i	आश्रित की नवीनतम आयकर रिटर्न की पावती (केवल शारीरिक रूप से अक्षम और कठिनाई के मामलों के लिए) - Latest Income Tax returns Acknowledgement of dependent (Only for Physically disabled and hardship cases):	(हां/नहीं) **(Y/N)**	
ii	निर्धारित प्रारूप के अनुसार हलफनामा : Affidavit as per the prescribed format :	(हां/नहीं) **(Y/N)**	
iii	आवासीय पते का प्रमाण (आधार/वोटर आईडी/पासपोर्ट/राष्ट्रीयकृत बैंक की पासबुक की प्रति): Address Proof (Aadhar/VoterID/Passport/Bank Passbook copy of Nationalized Bank):	(हां/नहीं) **(Y/N)**	
iv	दिव्यांग प्रमाणपत्र Disability Certificate:	(हां/नहीं) **(Y/N)**	

P.T.O.

भाग-**IV:** वचनबंद्ध **Part – IV: Undertaking:**

i	मैं एतद्वारा वचन देता/देती हूं कि मेरा बच्चा पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है। I hereby undertake that my child is fully dependent on me.
ii	मेरा बच्चा 25 वर्ष की आयु प्राप्त करने से पहले सीएचएस योजना में था। My child was in CHS Scheme before attaining the 25 years of age.
iii	मैं एतद्वारा वचन देता हूं कि मेरे द्वारा ऊपर दिया गया विवरण सत्य है। यदि यह गलत पाया जाता है, तो मैं बिना किसी स्पष्टीकरण के अनुशासनात्मक कार्रवाई के लिए उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी I hereby undertake that the details furnished by me, above are true. In case, it is found to be false, I will be liable for disciplinary action without further explanation.
iv	मैं एततद्वारा वचन देता/देती हूं कि मेरी पुत्री के नियोजन और रुपये 6,000/- हजार प्रति माह से अधिक अरजेंट या विवाह होने की स्थिति में मैं सीएचएसएस अनुभाग, नाईंस को तुरंत सूचना दूंगा/दूंगी और नियोजन/विवाह के दिन से सीएचएसएस के तहत चिकित्सा सुविधा का लाभ लेना छोड़ दूंगा/छोड़ दूंगी और तत्काल प्रशासन को चिकित्सा कार्ड सुपुर्द कर दूंगा/दूंगी। ऐसा न करने पर मैं 25 वर्ष की आयु से अधिक वाली मेरी पुत्री को विस्तारित चिकित्सा सुविधओं की लागत की पुर्नावसूली के अलावा अनुशासनिक कार्रवाई के लिए बाध्य रहूंगा/रहूंगी। I hereby undertake that, in the event of my child getting employment and earning more than Rs.6,000/- per month or getting married, I will inform CHSS Section, NFC immediately and will forgo medical facility under CHSS from the day of employment / marriage and also surrender Medical cards to Administration forthwith, failing which I will be liable for disciplinary action apart from recovery of cost of medical facilities extended to my child beyond 25 years.

दिनांक **: Date:**

(मुख्य लाभार्थी के हस्ताक्षर **Signature of the Prime Beneficiary)**

सेवा पुस्तिका के साथ उपरोक्त विवरणों का सत्यापन किया गया और सही पाया गया **(**सेवारत कर्मचारियों के लिए)
Verified above particulars with Service Book and found correct (for serving employees).

स.का.अ.(स्थापना) / APO (Establishment)

सहायक कार्मिक अधिकारी **/ Assistant Personnel Officer,**
सीएचएसएस, नाईंस. **/ CHSS, NFC.**