स्व घोषणा Self Declaration

I. कर्मचारी का विवरण Employee Details

01. नाम Name:

02. पदनाम Designation:

03. कर्मचारी सं.Emp. No:

04: सीएचएसएस सं.CHSS No.

05: इकाई Unit:

06: पैन कार्ड सं.Pan Card No:

07. आधार कार्ड सं. Aadhar Card No:

08. राशन कार्ड सं. Ration Card No.:

राशन कार्ड के अनुसार लाभार्थियों की सूची List of beneficiaries as per ration card:

1.
2.
3.

II. आश्रितों का विवरण (प्रत्येक आश्रित के संबंध में पृथक घोषणा)' Details of Dependent (Separate Declaration in respect of each Dependent):'

i) नाम Name :
ii) संबंध Relationship :
iii) जन्म तिथि Date of Birth :
iv) आयु Age :
v) वैवाहिक स्थिति Marital Status :
vi) अशक्तता (यदि कोई हो तो) Disability (if any) :
vii) अध्ययनरत हैं अथवा नहीं Whether studying or not :
viii) पेशा / रोजगार / व्यवसाय Profession/ Employment/ Occupation :
ix) पत्रव्यवहार का पता Address for Communication :

x) स्थायी पता Permanent Address :

xi) मासिक आय Monthly Income :

xii) वार्षिक आय (संबंधित साक्ष्य की प्रतिलिपि संलग्न करें) Annual Income (Copy of relevant proof to be attached)

पेंशन Pension:
म्यूचल फंड Mutual Fund:
बैंक जमा Bank Deposits:
डाक बचत Postal Savings:
कृषि Agriculture:
किराए से आय Rented Income:
अन्य स्रोत Other Sources :
कुल Total:

xiii) a) PAN/GST का विवरण PAN/GST Details:
(साक्ष्य संलग्न करें Proof to be attached)

b) यदि उपलब्ध नहीं है तो उसका कारण if not available reason thereof:

xiv) a) ITR आय प्रमाण पत्र ITR Income Certificate
(साक्ष्य संलग्न करें Proof to be attached)

b) यदि उपलब्ध नहीं है तो उसका कारण if not available, reason thereof :

xv) a) आधार कार्ड संख्या AADHAR Card Number :

b) यदि उपलब्ध नहीं है तो उसका कारण if not available, reason thereof :

xvi) बैंक खाते का विवरण (ऐसे सभी खातों का विवरण दें जिसमें आश्रित का नाम प्रथम खाताधारक के रूप में हो) Bank Account details (Provide all available A/c's in which the dependent's name appears as the first account holder)

बैंक का नाम Bank Name	खाता संख्या Account No.	IFSC क्रमांक IFSC No.

(आश्रित के हस्ताक्षर/Signature of the Dependent/
बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान/ Left hand thumb impression)

नाम Name:

(कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of the Employee)

नाम Name :

पदनाम Designation:

इकाई Unit:

घोषणा Undertaking

मैं, श्री / श्रीमती_____, पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री _____, आयु _____ निवासी _____, जिला _____, पदनाम : _____, कार्यालय_____एतद्द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी और संलग्न दस्तावेजों में मेरी सर्वोतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और इसमें कुछ भी छिपाया नहीं गया है। मैं इस तथ्य से भली-भांति परिचित हूं कि यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना असत्य/असत्य सिद्ध होती है तो मुझे कानून के अनुसार दंड भुगतना होगा। साथ ही, मेरे द्वारा प्राप्त सभी लाभों को पूरी तरह से वापस ले लिया जाएगा।

I, Shri/Smt. _____, son/ wife/ daughter of Shri _____, age _____resident of _____, District _____, designation: _____ working at office _____ hereby declare that the information given above and in the enclosed documents is true to the best of my knowledge and belief and nothing has been concealed therein. I am well aware of the fact that if the information given by me is proved false/ not true, I will have to face the punishment as per the Law. Also, all the benefits availed by me shall be summarily withdrawn.

दिनांक Date :

स्थान Place :

आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the Applicant

फोन/मोबाइल Phone/Mob. :

ई-मेल e-Mail :

नोट : घोषणा में तथ्यों को छिपाने या गलत सूचना प्रस्तुत करने के मामले में अधिकारी के खिलाफ सीएचएसएस कार्ड को रद्द करने सहित दंडात्मक / आपराधिक कार्रवाई की जाएगी।

Note: Penal/ Criminal action including cancellation of CHSS Card will be taken against officer in case of suppression of facts or submission of false information in the Declaration.