

केन्द्र सरकार के सेवारत कर्मचारियों के लिए केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड के लिये आवेदन पत्र फार्म ए
Application for CGHS Card for Serving Employee of Central Govt. Form (A)

1/6

- 1 आवेदक का नाम.....
Name of the Applicant.....
2. श्रेणी:.....विभागीय.....सेवाएं.....पेंशनरअन्य(कृपया उल्लेख करें)
Category.....Departmental.....ServicesPensioners.....others(Pl.Specify)
(यदि आप स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय/स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय/केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना में कार्यरत हैं तो विभागीय पर निशान लगाएं)
(यदि आप किसी विशिष्ट संगठित सेवा से संबंध रखते हैं तो सेवाएं पर निशान लगाएं)
{Please Tick Departmental if you are posted in the Ministry of Health and Family Welfare/DGHS/CGHS}
{Please Tick Services if you belong to any specific organized service}

3. विभाग का नाम / Name of Deptt.....

4- सेवा का नाम.../Name of Service.....

अखिल भारतीय/केन्द्रीय सेवाएँ /आई ए एस /आई पी एस इत्यादि के मामले में
In case of : All India / Central Services / I. A. S / I. P. S

5- पदनाम / Designation..... राजपत्रित /Gazettedअराजपत्रित /Non-Gazetted

6 पे बैंड/Pay Bandवर्तमान वेतनPresent Pay.....ग्रेड पे/Gr.Pay ---
सेवारत कर्मचारियों के लिए

7 कार्यालय का पता/Official Address.....

8. आवासीय पता /Residential Address.....

9. दूरभाष सं० /Telephone Number:(कार्या /O).....(आ /R).....(मो० /M).....

10. ई-मेल आईडी / e-mail ID.....

11. अधिवर्षिता की तारीख /Date of Superannuationदिनांक /Dateमाह /Monthवर्ष /Year

12. क्या आप प्रतिनियुक्ति पर हैं / Are you on Deputation जी हाँ / Yes / जी नहीं /No
(केन्द्रीय प्रतिनियुक्ति / Central Deputation)

13. यदि हाँ तो प्रतिनियुक्ति समाप्त होने की तिथि / If yes, likely Completion of Deputation.....

14. क्या आपकी सेवाएं दूसरे शहरों में स्थानांतरणीय है / Are your services transferable to other cities.....

15. परिवार का ब्यौरा /Details of Family

(यह कालम भरने से पहले परिवार की परिभाषा देख लें / Please see definition of Family before filling up this column*)

क्र.सं० S.No	परिवार के सदस्यों के नाम/ Name of Family member	केसस्वायो कार्डधारी के साथ संबंध /Relationship to CGHS Card Holder*	जन्म तिथि /Date of Birth# (अनिवार्य /Compulsory)	ब्लड ग्रुप/ Blood Group (ऐच्छिक /optional)

कृपया उपरोक्त दर्शाए गए सभी सदस्यों के आयु संबंधी प्रमाण-पत्र संलग्न करें

(Please attach proof of age of persons mentioned above)

16. क्या ऊपर जिन व्यक्तियों के नाम दिए गए हैं वे आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रहते हैं?

Are all the persons whose names are given above are dependant upon you and are residing with you?.....

(कृपया उनका आपके साथ रहने का प्रमाण साथ लगाएं जैसाकि राशन कार्ड /निर्वाचन पहचान

पत्र/पास पोर्ट/ कालेज/स्कूल/विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक की पास बुक आदि की प्रति)

Please attach proof of their staying with you,like copy of Ration card/Election ID/Pass Port/Identity Card issued

by college/school/University/Bank Pass Book,etc)

17. नीचे दिए गए स्थान पर (स्वयं सहित)परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम आपके परिवार के

भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं की पहचान पत्र आकार की एक फोटोग्राफ चिपकाएं।(नाम दोनों भाषाओं

में लिखें)Paste one ID card size of Photograph of each member of Family(including self) whose names

are proposed to be included as part of your family in the space given below(Names should be written in both the languages):

कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name
कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदन फार्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदण्ड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को तत्काल सूचित करूंगा। यदि मैं सूचित करने में असफल होता हूँ और यदि केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को बदलाव के बारे में पता लग जाता है तो के.स. स्वा.यो द्वारा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं वापिस लें ली जाएंगी और केसस्वायो और/या उचित प्राधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई कर सकता है।

I undertake to intimate to CGHS immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate and if the CGHS comes to know of the change then the CGHS facility is liable to be withdrawn by the CGHS and the CGHS and/or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

मैं वचन देता हूँ कि मेरे स्थानांतरण,सेवा-निवृत्ति,बर्खास्तगी, पद त्यागने पर मंत्रालय/कार्यालय छोड़ने या केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधा की पात्रता न होने पर, मैं के0स0स्वा0यो0 कार्ड सौंप दूंगा।

I undertake to surrender the CGHS Card(s) on my leaving the Ministry/Office on transfer, Retirement;termination,resignation;or on ceasing to be eligible for CGHS benefits.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सूचना जाँच करने पर ठीक पाई गई और कोई सूचना छुपाई नहीं गई है या गलत तरीके से नहीं दी गई है और मैं इसके लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार हूँ।

I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

अनुलग्नक /Encl:—आवासीय/आश्रितों के साथ रहने का प्रमाण / Proof of Residence/Stay of dependents

पुत्र की आयु का प्रमाण/ विकलांगता प्रमाण पत्र /Proof of age of son/Disability certificate

सेवा में रहते हुए के केसस्वायो कार्ड के समर्पण का प्रमाण पत्र / Surrender Certificate of CGHS Card while in service

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

(सेवारत कर्मचारियों के मामले में प्रायोजक प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा)
आवेदक द्वारा दी गई सूचना सत्यापित कर ली गई है और ठीक पाई गई है।

यह सिफारिश की जाती है कि..... मंत्रालय/विभाग/संगठन में
कार्यरत श्री/श्रीमति/कुमारी.....पदनाम.....को
केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी किया जाए। संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिये गये हैं कि
आवेदक के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटना शुरू कर दिया जाए/आवेदक
के वेतन से हर माह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटा जाता है। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया
है।

सं०.....
दिनांक.....

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी का नाम
पदनाम(मोहर सहित)
टेलीफोन नम्बर.....

सेवा में

संबंधित शहरों के अपर-निदेशक /संयुक्त निदेशक केसस्वायो

(To BE FILLED BY THE SPONSORING AUTHORITY IN CASE OF SERVING EMPLOYEES)

The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommended
that a CGHS Card be issued to Shri/Smt/Km.....

Designation.....working in this Ministry/ Department/ Organization. Instructions
have been issued to the concerned Division to start deducting CGHS Subscriptions every month from the
salary of the applicant/ CGHS Subscriptions are deducted every month from the salary of the applicant. I
am authorized sponsoring authority for the issue of CGHS Card and approval of the Competent Authority
has been obtained.

No.....

Date.....

Signature & Name of the Sponsoring Authority
Designation(Stamp) with Tel. Number

To

The Addl. Director/Joint Director CGHS of concerned City.s

सेवारत कर्मचारियों एवं केसस्वायो के अंतर्गत आने स्वायत्त निकायों के पेशन भोगियों के मामले में प्रायोजक प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा:
आवेदक द्वारा दी गई सूचना सत्यापित कर ली गई हैं और ठीक पाई गई हैं।

यह सिफारिश की जाती है कि..... मंत्रालय/विभाग/संगठन में कार्यरत श्री/श्रीमति/कुमारी.....पदनाम.....को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी किया जाए। संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिये गये हैं कि आवेदक के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटना शुरू कर दिया जाए/आवेदक के वेतन से हर माह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटा जाता है। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया है।

सं०अदाकर्ता बैंककी शाखा.....पर आहरित रु०.....के लिये डिमाण्ड ड्राफ्ट सं०...../पोस्टल ऑर्डर.....दिनांक.....संलग्न है।

स्वायत्त निकायों के केसस्वायो सुविधाओं के पात्र पेशनभोगियों के मामले में ।

सं०.....दिनांक.....

का नाम

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी

पदनाम(मोहर सहित)
टेलीफोन

नम्बर.....
सेवा में

अपर-निदेशक केसस्वायो 9 बीकानेर हाउस हटमैन्टस शाहजहाँ रोड

प्राधिकृत हस्ताक्षर कर्ता केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना मुख्यालय द्वारा सत्यापित
...../...../...../तक वैध/आजीवन काल के लिए

आबंटित संपूर्ण स्वास्थ्य केन्द्र : केसस्वायो द्वारा भरा जाए.....

मोहर सहित हस्ताक्षर

फार्म :सी दो प्रतियों में प्रस्तुत करें

5/6

मंत्रालय/विभाग के श्री/श्रीमति
से प्राप्त केसस्वायो के कार्डों की माँग के चालान को अपर/संयुक्त निदेशक केसस्वायो के कार्यालय को भेजा जाता है ।

दो प्रतियों में भेजें :

कुल आवेदन पत्र _____

कम सं संदर्भ संख्या दिनांक किसके लिए

प्राप्ति मोहर
दिनांक _____ तक केसस्वायो का कार्ड वितरण के लिए तैयार हो जाएँगे ।
केसस्वायो का प्राप्ति लिपिक

प्रेषक के हस्ताक्षर
नाम स्पष्ट शब्दों में

Form (C) (to be submitted in duplicate)

Name _____ of Ministry/ Department _____

Challan of requisition of CGHS Cards sent to the Office of Additional/Joint Director, CGHS
(To be sent in duplicate)

Total No. of Applications _____

S.No.	Reference No.	Date	For	Whom
-------	---------------	------	-----	------

Requisitioned

Name/Designation

Receipt Stamp

CGHS Cards likely to be ready for
Delivery on _____
Receipt Clerk CGHS

Signature of Despatcher
Name in Block letters:

फार्म 'डी'

श्री _____ पदनाम _____ जिनका पहचान पत्र

सं _____ है को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड जारी करने हेतु आवेदन

पत्र जमा कराने तथा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत किया जाता है ।
इनके नमूना हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं ।

नमूना हस्ताक्षर

1 _____

2 _____

प्रायोजित प्राधिकारी के हस्ताक्षर

केसस्वायो कार्ड/कार्डों की संख्या
प्राप्त किए

तिथि एवं समय

प्राप्त करने वाले के हस्ताक्षर

Form *D*

Shri _____ Designation _____ holder of Identity Card

No. _____ is authorised to deliver the Requisitions for issue of CGHS Cards

and also to collect the CGHS Cards.

His specimen signatures are given below

Specimen Signatures

1. _____

2. _____

Signature of the Sponsoring Authority

Received I/Card No(s)

Date & Time

Signature of the recipient.