

एनआईओएस चिकित्‍सा कार्ड के लिए आवेदन APPLICATION FOR NIOS MEDICAL CARD

**नए चिकित्‍सा कार्ड** के लिए आवेदन कर रहे हैं **नया चिकित्‍सा कार्ड संख्‍या (एनआईओएस द्वारा भरा जाए)**

Applying for **New Medical Card** New Medical Card No. (to be filled by NIOS)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

**पुराने कार्ड को बदलने** हेतु नए कार्ड के लिए आवेदन कर रहे हैं मौजूदा चिकित्‍सा कार्ड संख्‍या

Applying for New Card to **replace old card** Existing Medical Card No.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. आवेदक का नाम/Name of the Applicant: : ..............................................................................................
2. श्रेणी/Category सेवारत/In-service सेवानिवृत्‍त/etired
3. विभाग/क्षेत्रीय केंद्र का नाम/Name of Department /Regional Centre ..............................................................
4. पदनाम/Designation................................................................................................................................
5. वेतनमान (सातवें सीपीसी के अनुसार) ................................. वर्तमान वेतन ..............................................

Pay Level (As per 7th CPC) ……………………..……………………………… Present Pay.....................................................…

1. अंतिम वेतन (सेवानिवृत्तों के मामले में)/Last Pay (in case of Retirees):…………………………. …………………………………

1. कार्यालय का पता/Office Address: ………………………………………………………………………………………….............................

………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................

8. आवसीय पता/Residential Address: .…………………………………………………………………………………………......................

………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................

9. दूरभाष संख्‍या/Telephone Number: (का./o.) ………………….(आ./R.) ……………………. (मो./M.) …………….……………….

10. ई-मेल आईडी/e-mail ID : ……………………………………………………………………………………………………………………………….....

1. अधिवर्षिता की तिथि ……….…/……….……/……………. दिनांक/माह/वर्ष

 Date of Superannuation: ..…………/……………/…………… Date / Month /Year

1. क्‍या आप प्रतिनियुक्ति पर हैं (केंद्रीय प्रतिनियुक्ति) ………………………… (हां/नहीं)

 Are you on Deputation (Central Deputation) ………………………… (Yes/No)

1. यदि हां, तो प्रतिनियुक्ति पूर्ण होने की संभावित तिथि: ..…………/……………/ ………… तिथि/ माह/वर्ष

 If yes, likely completion of Deputation: ..…………/……………/…………… Date / Month /Year

1. परिवार के आश्रित सदस्‍यों का विवरण (\* इस कॉलम को भरने से पहले कृपया परिवार की परिभाषा देख लें)

 Details of dependent Family members (\* Please see definition of Family before filling up this column)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **क्र.सं.****S.No.**  | **परिवार के आश्रित सदस्‍य(यों) का नाम/Name of dependent Family member(s)**  | **कार्डधारक के साथ संबंध \*/Relationship with the Card** | **आधार संख्‍या (अनिवार्य)/ Aadhaar No. (Compulsory)** | **जन्‍मतिथि# (अनिवार्य)/ Date of Birth# (compulsory)** | **रक्‍त समूह (वैकल्पिक)/ BloodGroup (optional)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(# कृपया पुत्रों/पुत्रियों इत्‍यादि के मामले में आयु का प्रमाण संलग्‍न करें)/ (# Please attach Proof of age of in case of sons/daughters etc.)

1. क्‍या ये सभी व्‍यक्ति जिनके नाम ऊपर दिए गए हैं, आप पर निर्भर हैं और सभी आपके साथ रहते हैं? ............ (हां/नहीं)/ Are all the persons whose names are given above are dependent on you and all are residing with you?....................... (Yes/No)

(कृपया उनके आपके साथ रहने का प्रमाण संलग्‍न करें जैसे – राशन कार्ड/चुनाव पहचान पत्र/पासपोर्ट/महाविद्यालय/ विद्यालय/विश्‍वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पासबुक इत्‍यादि)/ (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.)

1. नीचे दिए गए स्‍थान पर आप पर निर्भर परिवार के उन सभी सदस्‍यों (स्‍वयं सहित) की आईडी कार्ड के आकार की एक फोटो चिपकाएं, जिनके नाम आपके परिवार के अंग के रूप में शामिल करने के लिए प्रस्‍तावित हैं/Paste one ID Card size **Family Photograph** of all dependent Family members (including self) whose names are proposed to be included as part of your family in the space given below.

मैं वचन देता/देती हूँ कि इस आवेदन फॉर्म में शामिल मेरे परिवार के सदस्‍यों के निर्भरता मानदण्‍ड में यदि कोई बदलाव होता है तो मैं एनआईओएस को तुरंत सूचित करूंगा/करूंगी। यदि मैं कार्यलय को सूचित नहीं करता/करती और एनआईओएस को बदलाव के बारे में पता चलता है तो एनआईओएस प्राप्‍त की गई चिकित्‍सा सुविधाएं वापस लेने के लिए जिम्‍मेदार होगा और सचिव/अथवा यथोचित प्राधिकारी मेरे विरूद्ध कोई भी कार्रवाई करने के लिए स्‍वतंत्र होंगे/I Undertake to intimate to NIOS 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 NIOS comes to know of the change then NIOS Medical facility is liable to be withdrawn and the Secretary / or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

मैं वचन देता/देती हूँ कि मैं सेवानिवृत्ति, सेवा समाप्ति, त्‍यागपत्र देने पर एनआईओएस छोड़ने अथवा एनआईओएस चिकित्‍सा सुविधाओं के लिए पात्र न रहने के मामले में चिकित्‍सा कार्ड वापस करूंगा/करूंगी/I Undertake to surrender the Medical Card on my leaving NIOS on retirement; termination; Resignation; or on ceasing to be eligible for NIOS Medical benefits.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी सही है और कोई भी जानकारी छिपाई अथवा गलत तरीके से नहीं दी गई है और इसके लिए मैं 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.

संलग्‍नक: 1) आवास/आश्रितों के रहने का प्रमाण/Proof of Residence/Stay of Dependents

* 1. पुत्र/पुत्री इत्‍यादि की आुय का प्रमाण/Proof of Age of Son/daughter etc.
	2. अक्षमता प्रमाणपत्र/Disability Certificate

(आवेदक के हस्‍ताक्षर)/ (Signature of Applicant)