

**NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY
KURUKSHETRA-136119**

**FORMAT FOR FURNISHING DETAILS OF DEPENDENT FAMILY
MEMBERS FOR THE PURPOSE OF MEDICAL HEALTH DIARY**

1. Name of the employee : _____
2. Designation : _____
3. Department/Section : _____
4. Date of Birth of the employee : _____
5. No. of the dependent family members : _____
6. Details of dependent family members : _____

Sr. No.	Name of the dependent family member	Date of Birth & Age	Relation with the employee	Whether in Service or not/getting any pension from any organization? If Yes, please quote amount of pension being drawn.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

धोषणा

मैं यह धोषणा करता हूँ कि इस प्रार्थना पत्र में दिया गया वर्णन सम्पूर्ण, सही तथा मेरी जानकारी के अनुरूप उपयुक्त है। मैं यह भी धोषित करता/करती हूँ कि उपरोक्त आश्रित/ आश्रितों की आय (under the CS (MA) Rules 1944) के तहत 3500/- रूपये से कम है। मैं संबद्ध नियम से पुरी तरह से परिचित हूँ। यदि बाद में यह पाया गया कि मेरे द्वारा कोई तथ्य छुपाया गया या झुठा बताया गया तो जो चिकित्सा लाभ मुझे दिया गया है उसे वापिस लिया जाए और नियमों के अनुसार मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाई की जाए।

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)

DECLARATION

I do hereby declare that all statements made in this application are true, complete and correct to the best of my knowledge and belief. I also declare that the income of the dependents(s) as quote above is less than Rs. 3500/- (under the CS (MA) Rules 1944). I am full aware with the relevant rules. It is also certified that in the event of anything found concealed or false at any later stage, the medical benefits so granted may be withdrawn and disciplinary action may be taken against me as per rules.

(Signature of the Employee)

Recommendation of the HOD/Controlling Officer