कृप्या दोनों भाषाओं में भरें / PLEASE FILL IN BOTH LANGUAGES

	Category: Gro	oup A / B/ C	
क्रम संख्या Sr. No	Employee Code:		
(\$40 m m 102)	ली विश्वविद्यालय-11000 ERSITY OF DELHI-110		

चिकित्सा उपचार कार्ड के लिए आवेदन APPLICATION FOR MEDICAL TREATMENT CARD

1.	कर्मचारी का नाम	: _	
	Name of the Employee	: _	
_	C C		
2.	पिता / पति का नाम	: _	
	Father's / Husband Name	: _	
3.	पदनाम	: _	
	Designation	:	
4.	विभाग / अनुभाग	: _	
	Department / Section		
		_	
5.	पे. मैट्रिक्स लेवल:		वर्तनाम वेतनः
	Pay Matrix Level:		Present Pay:
6.	वार्ड की पात्रता	: _	
	Entitlement Ward (IPD)	: _	
7.	पारिवारिक सदस्यों का विवर	रण:	

Details of Family Members as per CS (MA) rules:

	·····, ····a····aa-aa par aa (····		1	T
क्रम संख्या	नाम	कर्मचारी से संबंध	जन्म तिथि	टिप्पणी
Sr. No.	Name	Relationship with Employee	Date of Birth	Remarks

8.	प्रारंभिक नियुक्ति की तिथि	:	
	Date of initial appointment	:	
9.	सेवानिवृत की तारीख	:	
	Date of Retirement	:	
10.	आवासीय पता	:	
	Residential Address		
		•	
11.	दूरभाष संख्या	:	
	Telephone No.		
12.	स्वास्थय केंद्र पंजीकरण संख्या	:	
	Health Centre Membership No. (if any)	:	
	<i></i>		
			्र कर्मचारी के हस्ताक्षर
			Signature of the Employee

सत्यापित किया Verified by:

<u>नोट/Note:</u>

प्रत्यक्ष भुगतान सुविधा के तहत चिकित्सा उपचार का दुरुपयोग एक दंडनीय अपराध है। जान-बूझकर तथ्यों को छुपाने पर तथा झूठी जानकारी या सूचना देने पर उचित कारवाई सहित चिकित्सा कार्ड रद कर दिया जाएगा। सेवारत कर्मचारियों के संदर्भ में उचित अनुशासनिक कारवाई की जाएगी।

Misuse of Medical I-Card "Under Direct Payment Facility" is a criminal offence. Suitable action including cancellation of medical I-card shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false information/statement. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.