

सेवानिवृति के पश्चात केन्द्र सरकार स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत स्वास्थ्य सुविधाओं या निर्धारित स्वास्थ्य भत्ता का लाभ प्राप्त करने हेतु फॉर्म

1. मैं निम्नलिखित पता पर निवास करता हूँ/करुंगा:			
फ्लैट/घर सं /बिल्डिंग का नाम		गली/मुहल्ला	
ग्राम व डाक घर/ब्लॉक		शहर व जिला	
राज्य		पिन कोड	

2. मैंने निम्नलिखित सुविधाओं का चयन किया है: (कृपया निम्नलिखित में से किसी एक का चयन करें)	
मैं सी.जी.एच.एस. क्षेत्र के दायरे में निवास करता हूँ तथा सी.जी.एच.एस सुविधा का लाभ लेना चाहता हूँ।	<input type="checkbox"/>
मैं सी.जी.एच.एस. क्षेत्र के दायरे में निवास करता हूँ लेकिन सी.जी.एच.एस सुविधा का लाभ नहीं लेना चाहता हूँ। मैं जानता हूँ कि मैं निर्धारित स्वास्थ्य भत्ता का पात्र नहीं रहूँगा।	<input type="checkbox"/>
मैं गैर-सी.जी.एच.एस. क्षेत्र के दायरे में निवास करता हूँ लेकिन मैं आई.पी.डी. एवं ओ.पी.डी. उपचार के लिए सी.जी.एच.एस सुविधा का लाभ लेना चाहता हूँ। मैं निर्धारित स्वास्थ्य भत्ता का पात्र नहीं हूँ।	<input type="checkbox"/>
मैं गैर-सी.जी.एच.एस. क्षेत्र के दायरे में निवास करता हूँ लेकिन मैं सी.जी.एच.एस अंशदान के भुगतान द्वारा केवल आई.पी.डी. उपचार के लिए सी.जी.एच.एस सुविधा का लाभ लेना चाहता हूँ। मैं साथ ही ओ.पी.डी. उपचार के लिए निर्धारित स्वास्थ्य भत्ता का लाभ लेना चाहता हूँ।	<input type="checkbox"/>
मैं गैर-सी.जी.एच.एस. क्षेत्र के दायरे में निवास करता हूँ तथा मैं दोनों आई.पी.डी. एवं ओ.पी.डी. उपचार के लिए सी.जी.एच.एस सुविधा का लाभ नहीं लेना चाहता हूँ। मैं निर्धारित स्वास्थ्य भत्ता का लाभ लेना चाहता हूँ।	<input type="checkbox"/>
मैं विवाहित/विवाहिता/परिवार के सदस्य को उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ लूँगा, जो सरकारी/सरकारी पेन्शनर/सा.क्षे.ऊ./स्वायत निकाय का कर्मचारी/पेन्शनर हैं। मैं सी.जी.एच.एस सुविधा तथा निर्धारित स्वास्थ्य भत्ता का लाभ नहीं लेना चाहता हूँ।	<input type="checkbox"/>
पिछली संस्थान की स्वास्थ्य सुविधा का लाभ लूँगा। मैं सी.जी.एच.एस सुविधा तथा निर्धारित स्वास्थ्य भत्ता का लाभ नहीं लेना चाहता हूँ।	<input type="checkbox"/>
विदित नियमों के अनुसार विकल्पों में यह मेरा एक बार का परिवर्तन है तथा यह मेरे द्वारा पूर्व में दिए गए विकल्प का अधिक्रमण करेगा। मैं जनता हूँ कि मैं यह विकल्प पुनः नहीं बदल सकता हूँ। (यदि लागू न हो, तो इसे काट दें।)	

सेवानिवृत्त कर्मिक/पेन्शनर का नाम:		मोबाईल नं.	
------------------------------------	--	------------	--

(कार्यालय प्रमुख का हस्ताक्षर)

(आवेदक का हस्ताक्षर)