



सेल/SAIL

भारतीय इस्पात प्राधिकरण लिमिटेड
सेल रिफ़ैक्ट्री यूनिट
बोकारो इस्पात नगर

SI No. 1

SI No. 2

परिपत्र सं. एस.आर.यू./का0/3(09)/2011-1650

दिनांक:06.06.2011

चिकित्सा पुस्तिका/पुनर्वैधता हेतु आवेदन प्रपत्र

सेवा में,

प्रबन्धक-कार्मिक/वरीय प्रबन्धक-कार्मिक

SI No. 3

द्वारा: उचित माध्यम ।

महाशय,

मैं अपने आश्रित परिजनों की चिकित्सा पुस्तिका/पुनर्वैधता हेतु अनुरोध करता/करती हूँ। मेरे परिजनों का पूर्ण विवरण निम्नानुसार है:

SI No. 4

क्र. सं.	नाम (सर्व/श्री)	जन्म तिथि	संबंध	रक्त समूह	पहचान चिन्ह
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

SI No. 5

मैं प्रमाणित करता हूँ कि

- मेरा व्यस्क पुत्र पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं तथा मेरे साथ बोकारो इस्पात नगर में रहते हैं।
- मेरी पुत्री/पुत्रियाँ अविवाहित हैं तथा पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं और मेरे साथ बोकारो इस्पात नगर में रहती हैं।
- मेरा भाई एवं मेरी अविवाहित बहनें जो नाबालिंग हैं, पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं और मेरे साथ बोकारो इस्पात नगर में रहते हैं।
- मेरी विधवा बहन पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं तथा मेरे साथ बोकारो इस्पात नगर में रहती हैं। मेरा माता-पिता पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं और मेरे साथ बोकारो इस्पात नगर में रहते हैं।

SI No. 6

SI No. 7

- उपर्युक्त सदस्य / सदस्यों (माता - पिता के अलावा) का (कृपया करें) सभी श्रोतों से व्यक्तिगत रूप से मासिक आय 3000/- रु. प्रतिमाह से अधिक नहीं है।

SI No 8

माता - पिता की संयुक्त आय सेक्. निवृत्ति के समय मूल पेंशन सहित सभी श्रोतों से 6000/- रु. (छः हजार रु.) प्रतिमाह से अधिक नहीं है।

माता-पिता की संयुक्त आय मूल मासिक पेंशन को छोड़कर (के अतिरिक्त) 6000/- रु. छः हजार) से कम है तथा उपर्युक्त में से कोई भी किसी दूसरे संगठन/श्रोत से चिकित्सा सुविधा प्राप्त नहीं कर रहे हैं एवं वे मेरे साथ बोकारो इस्पात नगर में रहते हैं।

- * पत्राचार हेतु मेरा स्थानीय पता इस प्रकार है।

--	--

- * मेरे पति/मेरी पत्नी सेल/एस.आर.यू./ या अन्य किसी निजी/सरकारी संगठन में नियोजित हैं।

नाम:	संगठन:
------	--------

- * मेरे पति/मेरी पत्नी सेल/एस.आर.यू. के कर्मचारी हैं।

कर्मचारी सं.:	पदस्थापन का स्थान:
पदनाम:	विभाग:

- * मेरे परिवार के सदस्यों का विवरण (यथा माता, पिता, भाई-बहन जो एस.आर.यू./ सेल में नियोजित हैं।

क्र.सं.	नाम	सम्बन्ध	कर्म.सं.	पदस्थापन का स्थान

जो लागू न हो उसे काट दें।

चिकित्सा पुस्तिका तक पुनर्वेध

हस्ताक्षर

नाम:

कर्मचारी सं.:

पदनाम:

विभाग:

कार्मिक अधिशासी का हस्ताक्षर एवं मुहर