

**National Institute of Public Cooperation and Child Development
5, Siri Institutional Area, Hauz Khas, New Delhi-110016**

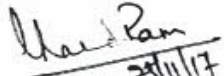
No.NI/Acctts-III/I/09/2017-18

25 -11-2017

CIRCULAR

Employees and Retirees of the Institute, who are entitled to avail the facility of reimbursement of medical expenses from the NIPCCD Headquarters, New Delhi as per Rules are requested to submit a declaration about self and dependent members of their family in the enclosed proforma with two passport size photographs each of self and the dependent Members.

2. The declaration may be submitted within 15 days from the date of issue of the circular i.e. upto 11.12.2017 positively. This may please be treated as most urgent.
3. In case of any omission/addition, the individual staff member/retiree would be responsible as once the new card comes into existence the old one shall become invalid.


(Chand Ram)
25/11/17
Deputy Director (Acctts.)

Encl.: As above.

Distribution:

1. All employees of the NIPCCD Headquarters, New Delhi
2. All Retirees of the NIPCCD Headquarters, New Delhi
3. P. S. to Director
- ✓ 4. Website of the Institute

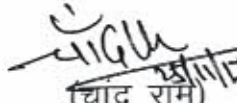
संख्या : एनआई/लेखा-3/1/09/2017-18

दिनांक: ~~25-11-2017~~
25-11-2017

परिपत्र

निपसिड, नई दिल्ली स्थित मुख्यालय से नियमानुसार चिकित्सा प्रभारों की प्रतिपूर्ति की सुविधा प्राप्त करने के पात्र संस्थान के अधिकारियों/कर्मचारियों और सेवानिवृत्तों से अनुरोध किया जाता है कि वे संलग्न प्रपत्र में अपने और अपने परिवार के आश्रित सदस्यों के बारे में घोषणा प्रस्तुत करें और साथ ही अपनी और अपने परिवार के आश्रित सदस्यों की पासपोर्ट आकार की दो-दो फोटो भी दें ।

2. यह घोषणा इस परिपत्र के जारी होने की तारीख के 15 दिन के भीतर अर्थात् 11.12.2017 तक अवश्य प्रस्तुत कर दें । इसे कृपया अति तत्काल माना जाए ।
3. किसी तरह की चूक/परिवर्धन के लिए स्टाफ/सेवानिवृत्त सदस्य जिम्मेदार होंगे क्योंकि एक बार नया कार्ड मिल जाने के बाद पुराने कार्ड अवैध हो जाएंगे ।


चाँद राम
उप निदेशक (लेखा)

संलग्नक : उपर्युक्तानुसार

वितरण :

1. निपसिड मुख्यालय, नई दिल्ली के सभी अधिकारी/कर्मचारी
2. निपसिड मुख्यालय, नई दिल्ली के सभी सेवानिवृत्त सदस्य
3. निदेशक के निजी सचिव
4. संस्थान की वेबसाइट

APPLICATION FOR MEDICAL CARD

Applying for New Medical Card -in case of new pensioner's Card- Medical Card No. while in service

--	--	--	--	--	--	--

Applying for New Card to replace existing Medical Card No.

--	--	--	--	--	--	--

Applying for fresh Card

--	--	--	--	--	--	--

1. Name of the Applicant:

2. Category: In Services Pensioners

3. (a) Place of posting: Headquarters /Regional Centre

(b) Name of Regional Centre (in case of staff for Regional Centre).....

4. Designation

5. Level of Pay in the Pay Matrix Present Pay- (Present pay in the level of pay)
(Present pay pre-revised Rs.....)
(Pre-revised Pay + Grade Pay in case of Pensioner/Retiree up to 31.12.2015)

6. Last Pay / Basic Pension (in case of Pensioners):.....

7. Residential Address with pin code

.....

8. Telephone Number: (O) (R) (M)

9. e-mail ID :

Date Month Year

10. Date of Superannuation:

11. Are you on Deputation:

12. If yes, likely date of completion of Deputation:

13. Details of Family: (* Please see definition of Family under CS (MA) Rules, before filling up this column)

S.No.	Name of Family member	Relationship to Medical Card Holder*	Date of Birth# (compulsory)	Blood Group

{# Please attach Proof of age, in case of sons}

चिकित्सा कार्ड के लिए आवेदन

नए मेडिकल कार्ड के लिए आवेदन करना - नए पेंशनभोगी के कार्ड के मामले में- सेवा के दौरान चिकित्सा कार्ड नंबर

--	--	--	--	--	--	--

वर्तमान चिकित्सा कार्ड (संख्या) के स्थान पर नया कार्ड जारी करने के लिए आवेदन करना

--	--	--	--	--	--	--

नए कार्ड के लिए आवेदन करना

--	--	--	--	--	--	--

1. आवेदक का नाम: _____
2. श्रेणी: सेवा में पेंशन भोगी
3. (क) तैनाती का स्थान: मुख्यालय/क्षेत्रीय केंद्र _____
(ख) क्षेत्रीय केंद्र का नाम (क्षेत्रीय केंद्र के कर्मचारियों के मामले में) _____
4. पदनाम _____
5. वेतन मैट्रिक्स में वेतन का स्तर _____ वर्तमान वेतन _____ (वेतन के स्तर में वर्तमान वेतन)
(वर्तमान वेतन पूर्व-संशोधित _____ रूपए)
(31.12.2015 तक पेंशनभोगी / सेवानिवृत्तों के मामले में पूर्व-संशोधित वेतन + ग्रेड वेतन)
6. अंतिम वेतन/मूल पेंशन (पेंशन भोगियों के मामले में): _____
7. पिन कोड के साथ आवासीय पता

8. टेलीफोन नंबर: (कार्यालय) _____ (आवासीय) _____
(मोबाइल)
9. ई-मेल आईडी:
तारीख महीना वर्ष
10. अधिवर्षिता की तारीख:
11. क्या आप प्रतिनियुक्ति पर हैं:
12. यदि हां, तो प्रतिनियुक्ति के पूरा होने की संभावित तारीख:
13. परिवार का विवरण: {* कृपया इस कॉलम को भरने से पहले सिविल सेवा (एमए) नियमों के अंतर्गत परिवार की परिभाषा देखें}

क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों के नाम	चिकित्सा कार्डधारक के साथ संबंध	जन्म की तारीख # (अनिवार्य)	रक्त समूह

{# कृपया पुरा के मामले में आयु का प्रमाण संलग्न करें}

14. Are all the persons whose names are given above are dependent upon you and are residing with you?

{Please attach proof of their staying with you , like copy of Ration Card/Election ID/Passport Identity Card issued by College/School/University/Bank Pass Book , etc.}

15. Provide one ID Card size of Photograph of each member of Family (including self), whose names are proposed to be included as part of your family in the space given below:

S. No..... Name	S. No..... Name	S. No..... Name	S. No..... Name
S.No. Name	S.No. Name	S. No. Name	S. No. Name

I undertake to intimate to Institute 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 Institute comes to know of the change then the medical facility is liable to be withdrawn by the Institute and the Institute and / or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

I undertake to surrender the Medical Card(s) on my leaving the Institute / Office on transfer; retirement; termination; resignation; or on ceasing to be eligible for medical benefits.

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.

Encl: -Proof of Residence / Stay of dependents

Proof of age of son/ Disability certificate

Surrender Certificate of Medical Card while in service (for new pensioner)

Self-attested copies of PPO & Last Pay Certificate (in case of pensioner)

Signature of Applicant

(TO BE FILLED BY THE CONCERNED ADMINISTRATIVE AUTHORITY)

The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct on the basis of which Medical Card may be issued to Shri /Smt. /Kumari Name, Designation (in case of regular employee).

Signature & Name of the
Administrative Authority

14. क्या सभी व्यक्ति जिनके नाम ऊपर दिए गए हैं, आप पर निर्भर हैं और आप के साथ रह रहे हैं?

(कृपया अपने साथ उनके रहने का सबूत दें, जैसे राशन कार्ड की कॉपी/चुनाव आईडी/पासपोर्ट कॉलेज/ स्कूल/विश्वविद्यालय का पहचान पत्र/बैंक पास बुक आदि)

15. परिवार के प्रत्येक सदस्य (स्वयं सहित) जिनके नाम नीचे दिए गए स्थान में आपके परिवार के हिस्से के रूप में शामिल किए जाने का प्रस्ताव है, उन के एक आईडी कार्ड के आकार का फोटो प्रदान करें,

क्रम संख्या _____	क्रम संख्या _____	क्रम संख्या _____	क्रम संख्या _____
नाम _____	नाम _____	नाम _____	नाम _____
क्रम संख्या _____	क्रम संख्या _____	क्रम संख्या _____	क्रम संख्या _____
नाम _____	नाम _____	नाम _____	नाम _____

मैं वचन देता/देती हूँ कि इस आवेदन प्रारूप में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों के निर्भरता मानदंडों में आए किसी भी बदलाव को तुरंत ही संस्थान को सूचित करूंगा/करूंगी। यदि मैं सूचित नहीं कर पाता/पाती एवं संस्थान को इस परिवर्तन के बारे में जानकारी मिलती है इस स्थिति में संस्थान द्वारा चिकित्सा सुविधा वापिस ली जा सकती है एवं संस्थान/या उचित प्राधिकारी मेरे विरुद्ध कार्यवाही करने के लिए स्वतंत्र होगा।

मैं, संस्थान छोड़ने पर/स्थानान्तरण होने पर; सेवानिवृत्ति पर; पद समापन; त्याग पत्र देने पर; या चिकित्सा लाभों के लिए पात्र न होने की स्थिति में मेडिकल कार्ड को सौंप देने का वचन देता/देती हूँ।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सूचना सही पाई गई है, कोई भी सूचना छिपाई नहीं गई है या गलत अर्थ नहीं लगाया गया है एवं मैं इसका समर्थन करती/करता हूँ।

संलग्नक :- आश्रितों के आवास/निवास स्थान का प्रमाण पत्र
पुत्र की उम्र/विकलांगता प्रमाण-पत्र का प्रमाण
सेवा के दौरान रहते चिकित्सा कार्ड का सुपुर्दगी प्रमाण-पत्र (नए पेंशनभोगी के लिए)
पीपीओ/अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की स्व-सत्यापित प्रतियाँ (पेंशनभोगी के मामले में)

(संबंधित प्रशासनिक प्राधिकारी द्वारा भरे जाने हेतु)

आवेदक ने जो सूचना दी है उसको सत्यापित किया गया एवं सही पाया गया जिसके आधार पर श्री/श्रीमती/कुमारी _____ नाम, पदनाम (नियमित कर्मचारी के मामले में) को चिकित्सा कार्ड जारी किया जाये।

प्रशासनिक प्राधिकारी का
नाम एवं हस्ताक्षर

Joint Declaration

We _____ wife/husband of _____ working in
NIPCCD and _____ wife/husband of
_____ working _____ in _____
_____ which is a Central/
State Govt. Organisation/Public Undertaking/Autonomous Body/Private Sector Organisation,
hereby declare that the claim for reimbursement of medical expenses incurred on medical
attendance and treatment in respect of spouse of _____
and his/her family members wholly dependent upon him/her shall be preferred by Shri/Smt.
_____ from NIPCCD, Hauz Khas, New
Delhi.

2. Shri/Smt _____ husband/wife of _____
will/will not claim the medical reimbursement from his/her employer i.e. _____
_____ and from any other source.

(Signature of Employee)
With date

(Signature of Spouse)
with date

Name:
Designation:

Name:
Designation

Address:
i) Office

Address:
i) Office

ii) Residence:

ii) Residence

संयुक्त घोषणा-पत्र

हम, श्रीमती/श्रीपत्नी/पति, श्री/श्रीमती
निपसिड में और श्री/श्रीमती

.....
में जो कि केन्द्र/राज्य सरकार का संगठन/सार्वजनिक उपक्रम/स्वायत्तशासी निकाय/निजी क्षेत्र का संगठन है, कार्यरत हैं, एतद्वारा यह घोषणा करते हैं कि के पति/पत्नि और इन पर निर्भर इनके परिवार के सदस्यों के संबंध में चिकित्सा और उपचार पर हुए खर्च की प्रतिपूर्ति का दावा श्री/श्रीमती द्वारा अधिमानतः निपसिड, हौजखास, नई दिल्ली से किया जाएगा ।

2. श्री/श्रीमती पत्नी/पति, श्री/श्रीमती
अपने नियोक्ता अर्थात् से और अन्य किसी स्रोत से चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेंगे ।

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)
दिनांक सहित

(पति/पत्नी के हस्ताक्षर)
दिनांक सहित

नाम :

नाम :

पदनाम :

पदनाम :

पता :

पता :

i) कार्यालय

i) कार्यालय

ii) निवास स्थान

ii) निवास स्थान

INSTRUCTIONS

Definition of Family:

- (1) Husband / Wife* (* First wife only)
- (2) Dependant Parents / Step Mother (in case of adoption, only adoptive & not real parents)
- (3) If adoptive father has more than one wife, the first wife only.
- (4) A female employee has a choice to include either her dependent parents or her dependent parents-in law; option exercise can be changed only once during service.
- (5) Children including legally adopted children, step children and children taken as wards, subject to the following conditions:

(i)	Son	Till he starts earning or attains the age of 25 years or gets married, whichever is earlier.
	Daughter	Till she starts earning or gets married, irrespective of the age limit, whichever is earlier.
(iii)	Son Suffering from any permanent disability of any kind (physical or mental) as defined below	Irrespective of age limit.
(iv)	Dependent divorced/abandoned or separated from their husband/ widowed daughters and dependent unmarried/divorced/abandoned or separated from their husband/ widowed sisters	Irrespective of age limit.
(v)	Minor brother(s)	Upto the age of becoming a major.
(vi)	Permanently disabled dependent brother	Irrespective of age limit.

For the purpose of availing Medical facility for a disabled son above 25 years, please attach a copy of the certificate of disability issued by the competent authority.

"Disability" will be the "Specified Disability" as defined in Clause ZC of Section Z and Schedule of Rights of Persons with Disabilities Act, 2016.

Dependency: Members of family (other than spouse) whose income is less than Rs.3500*/+DA per month (pre-revised) are treated as dependents and are normally residing with the beneficiary. The following documents are to be enclosed:

- (I) Proof of Residence / Stay of dependents – {copy of Ration Card / Election ID / Passport / Identity Card issued by College / School / University / Bank Pass Book, etc.}
- (II) Proof of age of son
- (III) Attested Copy of Disability certificate issued by Competent Authority (in case of dependent son aged 25 and above)
- (IV) For Pensioners applying for Medical Card for the first time, the following additional documents are required:
 - Surrender Certificate of medical card while in service
 - Attested copies of PPO /Last Pay Certificate

निर्देश

परिवार की परिभाषा:

- (1) पति / पत्नी * (* केवल पहली पत्नी)
- (2) आश्रित माता-पिता/सौतेली माँ (गोद लेने के मामले में, केवल दत्तक माता-पिता और वास्तविक नहीं)
- (3) यदि गोद लेने वाले पिता की एक से अधिक पत्नी हो, तो पहली पत्नी ही
- (4) एक महिला कर्मचारी या तो उसके आश्रित माता-पिता या उसके आश्रित सास-ससुर को आश्रितों शामिल करने का विकल्प होता है; सेवा के दौरान विकल्प केवल एक बार ही बदला जा सकता है
- (5) कानूनी तौर पर गोद लिए गए बच्चों, सौतेले बच्चों और आश्रित बच्चों को निम्नलिखित स्थितियों में ही आश्रित माना जाएगा ।

(1)	पुत्र	जब आय अर्जित करना शुरू करे या 25 साल की उम्र हो जाए या विवाह हो जाए/जो भी पहले हो ।
(2)	पुत्री	जब आय अर्जित करना शुरू करे या विवाह हो जाए, आयु सीमा के बावजूद, जो भी पहले हो ।
(3)	पुत्र, किसी भी प्रकार की स्थायी अपंगता, (शारीरिक और मानसिक) से ग्रस्त है, जिसका ब्योरा नीचे है	कोई आयु सीमा नहीं
(4)	आश्रित तलाक़शुदा/परित्यक्त अथवा अपने पति से अलग/विधवा पुत्रियाँ और आश्रित अविवाहिता/तलाक़शुदा/परित्यक्त अथवा अपने पति से अलग/विधवा बहने	कोई आयु सीमा नहीं
(5)	अवयस्क भाई	वयस्क होने की आयु तक
(6)	स्थायी रूप से अपंग आश्रित भाई	कोई आयु सीमा नहीं

25 वर्ष से ज्यादा उम्र के अपंग पुत्र के लिए चिकित्सा सुविधा लेने हेतु कृपया सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी अपंगता प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें।

"अपंगता" के अंतर्गत वह "विशिष्ट अपंगता" शामिल होगी जो कि अपंगताओं से ग्रस्त व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम, 2016 की अनुसूची की धारा जेड के खंड जेड सी में परिभाषित है ।

निर्भरता : परिवार के ऐसे सदस्य (पति/पत्नी के अलावा) जिनकी आय 3500+/-डीए प्रतिमाह (पूर्व संशोधित) से कम है, उन्हें आश्रित माना जाएगा और जो लाभार्थी के साथ रह रहे हैं । इसके लिए निम्नलिखित दस्तावेज़ संलग्न किए जाएंगे :

- (1) आश्रितों के आवास/निवास का प्रमाण - (राशन कार्ड चुनाव/पहचानपत्र/पासपोर्ट/कालेज स्कूल विश्वविद्यालय/द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पास बुक आदि)
- (2) पुत्र की आयु का प्रमाण
- (3) सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी अपंगता प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति (अगर आश्रित पुत्र की आयु 25 वर्ष या अधिक है)
- (4) जो पेंशनभोगी चिकित्सा कार्ड का आवेदन पहली बार कर रहे हैं, उन्हें निम्नलिखित अतिरिक्त दस्तावेज़ प्रस्तुत करने होंगे :
 - सेवा के दौरान जारी चिकित्सा कार्ड का सुपुर्दगी प्रमाण पत्र
 - पीपीओ/अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रतियाँ