

उत्तर प्रदेश राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०,
चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु आश्रितों की घोषणा का निर्धारित प्रपत्र

- 1- इकाई/संगठन का नाम :
- 2- कर्मचारी/अधिकारी का नाम :
(अधिकारी अपना अभिज्ञान सं० एवं :
सम्प्रेक्षा सं० अवश्य अंकित करें)
- 3- पद का नाम :
- 4- कार्यालय इकाई का नाम :

परिवार के सदस्यों का विवरण

क्रम सं०	नाम	जन्म तिथि (प्रमाण पत्र)	शैक्षिक योग्यता	वैवाहिक स्थिति	कर्मचारी से सम्बन्ध	क्या पूर्णतया आश्रित है या नहीं, यदि नहीं नौकरी/व्यवसाय का विवरण दिया जाय।
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ।

- 1- मेरे माता/पिता जिनका नाम ऊपर दिया गया है वे मुझ पर आश्रित हैं ।
- 2- मेरे पुत्र/पुत्री/अविवाहित पुत्री (पुत्रियाँ) जिनके नाम ऊपर दिये गये हैं वे पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं।
- 3- उपर्युक्त आश्रित/आश्रितों की कोई स्वतन्त्र आय (नौकरी, व्यवसाय, खेती, पेन्शन, सम्पत्ति, पेटेन्ट्स, ब्याज, फिक्स, डिपोजिट व अन्य विनियोग) आदि से नहीं है तथा उन्हें किसी प्रकार का निशुल्क चिकित्सा व चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति का लाभ अनुमन्य नहीं है।

दिनांक :

कर्मचारी/अधिकारी के हस्ताक्षर

नियंत्रक अधिकारी द्वारा प्रतिस्तिक्षरित