

DECLARATION FORM

(For Leave Travel Concession and Medical Facility)

I hereby declare that the following are members of my family who are wholly dependent on me.

DETAILS OF FAMILY

(i) Husband, Wife, Children, Step Children

SL No.	Full Name	Relationship	Date of Birth

(ii) Father, Mother/Minor Brothers/Sisters/Widowed Daughters/Widowed Sisters, residing with me

SL No.	Full Name	Relationship	Age in case of minor Brothers/sisters/children and date of birth Date of birth	Status Married/Unmarried/Widowed

UNDERTAKING

I undertake that –

1. The children/step children claimed to be dependent do not have income exceeding ₹ 9000/- per person per month from all sources including stipend and scholarship.
2. The income of parents from all sources including pension (inclusive of temporary increase in pension and pension equivalent of DCRG benefits) does not exceed Rs.9000/ -per month. (If anyone mother/father has the said income, both of them will come under dependents category.) Income Certificate of the concerned must be enclosed.
3. My father is not alive/ my father is wholly dependent on me and income of my widowed sisters/unmarried sisters does not exceed Rs.9000/-per month. From all sources. For each person. Income Certificate must be enclosed.
4. In the event of any change in the status of any of the above mentioned persons, which affects the eligibility, I shall inform the Establishment Section, All India Institute of Medical Sciences, Raipur immediately about the same.
5. The particulars of dependent members of my family as given are correct. If any statement is found to be untrue I shall be liable for disciplinary action.

Date:

Signature:

Name:

Designation:.....

Department:.....

For the use of controlling unit/office of the HOD forwarded

Filled in my presence	Verified & Submitted for Approval	Approved as per rules
Dealing Assistant	Sr. Administrative Officer/ Administrative Officer	Director

घोषणा पत्र
(छुट्टी यात्रा रियायत तथा स्वास्थ्य सुविधा हेतु)

मैं, यह घोषणा करता हूँ कि नीचे अंकित मेरे परिवार के सदस्य हैं एवं मुझ पर पूर्णतः आश्रित हैं।

परिवार का विवरण

(i) पति, पत्नि, बच्चे, सौतेले बच्चे

स.क्र.	पूरा नाम	संबंध	जन्म तिथि

(ii) मेरे साथ निवासरत् पिता, माता/नाबालिक भाई/बहन/विधवा पुत्री/विधवा बहन।

स.क्र.	पूरा नाम	संबंध	नाबालिक भाई/बहन/बच्चे होने की दशा में उम्र एवं जन्म तिथि	विवाहित/अविवाहित/विधवा

वचन

मैं वचन देता/देती हूँ कि:

- आश्रित हेतु दावा किये गये बच्चे/सौतेले बच्चों की आय छात्रवृत्ति अथवा सभी स्त्रोंतों को मिलाकर ₹9000/- प्रतिव्यक्ति प्रतिमाह से अधिक नहीं है
- माता-पिता की आय पेंशन एवं सभी स्त्रोंतों को मिलाकर (पेंशन में अस्थायी बढ़ोत्तरी एवं मृत्यु सह सेवा निवृत्त उपदान के बराबर पेंशन को मिलाकर) ₹9000/- प्रतिमाह से ज्यादा आय नहीं है। (यदि किसी के माता/पिता की आय उक्त आय के बराबर है, तो दोनो आश्रित की श्रेणी में शामिल होंगे)। आय प्रमाण पत्र संलग्न करना आवश्यक है।
- मेरे पिता जीवित नहीं है/मेरे पिता मुझ पर पूर्णतः आश्रित हैं और मेरी विधवा बहन/अविवाहित बहन की आय 9000/- से ज्यादा नहीं है। सभी स्त्रोंतों को मिलाकर, प्रति व्यक्ति के लिए। आय प्रमाण पत्र संलग्न करना आवश्यक है।
- उपरोक्त अंकित व्यक्तियों के स्थितियों में परिवर्तन होने की दशा, जिससे उनकी पात्रता प्रभावित होगी, मेरे द्वारा स्थापना शाखा, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर को उक्त की तत्काल सूचना दी जावेगी।
- मेरे परिवार के आश्रित सदस्यों की उपरोक्तानुसार दी गई जानकारी सही है। उपरोक्त में से कोई भी जानकारी गलत पाये जाने पर मैं अनुशासनात्मक कार्यवाही हेतु जवाबदार रहूँगा।

दिनांक:

हस्ताक्षर
नाम
पदनाम
विभाग

मेरी उपस्थित में भरा गया	सत्यापित एवं अनुमोदन हेतु प्रस्तुत	नियमानुसार अनुमोदित
संबंधित लिपिक	वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी/ प्रशासनिक अधिकारी	निदेशक