



चिकित्सा दावे के लिए परिवार सदस्यों की घोषणा
DECLARATION OF FAMILY MEMBERS FOR MEDICAL CLAIM

कर्मचारी सं / Employee No. :
कर्मचारी का नाम / Name of the employee :
पदनाम एवं विभाग / Designation & Department :

क्र.सं. Sl. No.	नाम / Name	संबन्ध /Relation	उम्र/Age	व्यवसाय/Occupation
01				
02				
03				
04				
05				
06				

मैं प्रमाणित करता हूँ कि योजना तथा वास्तुकला विद्यालय, विजयवाड़ा के चिकित्सा-सेवा नियमों को सावधानी से पढ़ने के पश्चात् उपरोक्त घोषणा की गई है और मैं सत्यनिष्ठा के साथ घोषणा करता हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं। उक्त उल्लिखित सभी परिवार सदस्य पूरी तरह से और आर्थिक रूप से भी मुझ पर निर्भर हैं। सभी स्रोतों से उनकी मासिक आय ₹ 9000.00 (केवल नौ हजार रुपये) प्रति माह से अधिक नहीं है और वे किसी अन्य स्रोतों/संगठनों से चिकित्सा लाभ नहीं उठा रहे हैं।

I certify that the above declaration has been made after carefully going through the Medical Attendance Rules of School of Planning and Architecture Vijayawada and I solemnly declare that the particulars furnished above are true and correct to the best of my knowledge and belief. All the above family members are fully and economically dependent on me. Their monthly income from all sources is not exceeding ₹9000.00 (Rupees Nine thousand only) per month and they are not availing Medical Benefits from any other source / organisation.

इसमें निहित तथ्यों के किसी भी गलत विवरण मुझे विश्वविद्यालय द्वारा तय की गई उचित कार्रवाई के लिए उत्तरदायी बना देगा।

Any misstatement of facts contained therein will render me liable to appropriate action as may be decided by the University.

हस्ताक्षर और तारीख /Signature & Date :
नाम/Name :
विभाग/Department :

कार्यालय उपयोग के लिए/ For Office Use

योजना तथा वास्तुकला विद्यालय, विजयवाड़ा में कार्यग्रहण की तिथि
Date of Joining in School of Planning and Architecture Vijayawada :

वेतनमान/ Scale of pay :

संबंधित सहायक/ Dealing Asst.

सहायक कुलपति/Asst. Registrar

कुलपति/Registrar