



**अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश**  
**ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCE, RISHIKESH**  
नवीनीकरण  / ईएचएस बुकलेट में शामिल करने के लिए  आवेदन पत्र  
Application Form for Renewal  / Add of EHS Booklet

कर्मचारी का नाम/Name of the Employee: \_\_\_\_\_ ईएचएस नं. /EHS No.: \_\_\_\_\_

पद एवं विभाग /कार्यालय /Designation and Department/Office: \_\_\_\_\_

निवास का पता /Residential Address: \_\_\_\_\_

ई. मेल आई डी/Email ID: \_\_\_\_\_ फोन नं./Contact No: \_\_\_\_\_

**परिवार के सदस्यों का विवरण/Details of Family members:**

क्रम .सं. S.No	नाम Name	आयु Age	कर्मचारी के साथ सम्बन्ध Relationship with Employee
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

परिवार में हुए किसी परिवर्तन का विवरण दें (जन्म, मृत्यु, विवाह, बेटी का विवाह, 25 वर्ष से अधिक का बेटा, आश्रित माता-पिता की आय में बदलाव, दिव्यांगता आदि), एम्स ऋषिकेश की ईएचएस मैनुअल में दी गई परिवार की परिभाषा का संदर्भ लें। **Furnish details of any modification in Family** (on account of birth, death, marriage, marriage of daughter, Son more than 25 years, changed in income status of dependent parent, disability etc.). Refer to Definition of Family in EHS manual, AIIMS Rishikesh.

फोटो/Photo	कृपया फोटो चिपकाएं	कृपया फोटो चिपकाएं	कृपया फोटो चिपकाएं
नाम/Name			
कर्मचारी से सम्बन्ध Relationship with Employee			
जन्मतिथि/Date of Birth			
परिवर्तन का कारण Reason for Modification			
आश्रित की आईडी/Dependent ID			
सम्बन्ध का प्रमाण Proof of Relationship			
निवास का प्रमाण (यदि लागू हो) Proof of Residence (if applicable)			

**घोषणा / DECLARATION**

मैं निष्ठापूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण पूर्णतः सत्य है तथा परिवार के विवरण में शामिल व्यक्ति पूरी तरह से मुझ पर आश्रित हैं तथा कोई भी सूचना ना तो छिपायी गई है और ना ही गलत तरीके से दी गई है।

I hereby declare that the statements made above are true and that the persons included in the details of family are wholly dependent on me and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

दिनांक/Dated:

प्रशासनिक अधिकारी / रजिस्ट्रार (प्रतिहस्ताक्षरित)  
एम्स, ऋषिकेश  
Administrative officer / Registrar (countersigned)  
AIIMS Rishikesh

कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of Employee

---

**कार्यालय प्रयोग के लिए  
FOR OFFICIAL USE**

आवेदक द्वारा दी गई सूचना का सत्यापन किया गया और इसे सत्य पाया गया है तथा आवेदक के वेतन से प्रतिमाह ईएचएस अंशदान राशि की कटौती की जा रही है।

The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct and EHS subscriptions are being deducted every month from the salary of the applicant.

**ईएचएस नोडल अधिकारी  
एम्स ऋषिकेश  
EHS Nodal Officer  
AIIMS, Rishikesh**

**चिकित्सा अधीक्षक, एम्स ऋषिकेश  
द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित  
Countersigned by Medical Superintendent  
AIIMS, Rishikesh**