



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश  
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

ईएचएस सेवानिवृत्त लाभार्थी फॉर्म

EHS Retired Beneficiary Form

सेवानिवृत्त ईएचएस लाभार्थी का नाम	-
Name of Retired EHS Beneficiary	-
ईएचएस कार्ड नंबर (सेवानिवृत्ति से पूर्व)	-
EHS Card Number (before retirement)	-
सेवानिवृत्ति की तिथि/Date of Retirement	-
कृपया आवश्यक सदस्यता का चयन करें	वार्षिक <input type="checkbox"/> आजीवन <input type="checkbox"/> लाभ नहीं चाहिए <input type="checkbox"/>
Please select the required subscription	Annual <input type="checkbox"/> Lifetime <input type="checkbox"/> Not Availing <input type="checkbox"/>
भुगतान रसीद संख्या	-
Payment receipt number	-
बैंक खाता संख्या	-
Bank Account Number	-
आईएफएससी कोड/IFSC Code	-
संपर्क नंबर/Contact Number	-
ई-मेल पता/Email Address	-

**परिवार के सदस्यों का विवरण / Details of Family Members: -**

नाम Name	संबंध Relationship	जन्म तिथि Date of Birth	ईएचएस कार्ड नंबर (केवल कार्यालय उपयोग के लिए) EHS Card Number (office use only)

**घोषणा/Declaration\***

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य एवं सही है।

I hereby declare that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

**सेवानिवृत्त लाभार्थी के हस्ताक्षर**

**Signature of Retired Beneficiary**

**दिनांक/Date:**

**स्थान/Place:**

**प्रतिहस्ताक्षरित/Countersign**

**प्रशासनिक अधिकारी / रजिस्ट्रार/Admin officer / Registrar**

**संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज/Documents to be Attached**

- अंतिम वेतन आदेश की प्रति/Copy of Last Pay Order
- बैंक पासबुक की प्रति/Copy of Bank Passbook
- सेवानिवृत्त लाभार्थी के ईएचएस कार्ड की प्रति/Copy of EHS Card of Retired Beneficiary
- परिवार के सदस्यों के ईएचएस कार्ड की प्रति (यदि लागू हो)/Copy of EHS Cards of Family Members (if applicable)

**पूरा फॉर्म आवश्यक दस्तावेजों के साथ ईएचएस कार्यालय में जमा करना होगा।**

**The completed form along with the required documents to be submitted to EHS office**