



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

ई.एच.एस. कार्ड हेतु आवेदन
APPLICATION FOR EHS CARD

(आवेदन हिंदी और अंग्रेजी में भरना अनिवार्य है)

(Application should be filled in English & Hindi is mandatory)

कृपया जो लागू हो उस पर टिक (✓) का निशान लगाएं तथा जो लागू न हो उस पर क्रॉस (X) का निशान लगाएं / Please tick (✓) which is applicable and strike out (X) whichever not applicable.

नए ई.एच.एस. कार्ड हेतु आवेदन/Applying for New E.H.S. Card:

एम्स आई.डी. संख्या/ AIIMS ID Number:.....

1	आवेदक का नाम: Name of the Applicant:			
2	श्रेणी: कृपया उपयुक्त विकल्प पर टिक (✓) का निशान लगाएं Category: Please tick (✓) whichever is appropriate			
क)	सेवारत कर्मचारी/Service Employee:			
	नियमित <input type="checkbox"/>	तदर्थ <input type="checkbox"/>	अस्थायी <input type="checkbox"/>	प्रतिनियुक्ति पर <input type="checkbox"/>
	Regular <input type="checkbox"/>	Ad Hoc <input type="checkbox"/>	Temporary Status <input type="checkbox"/>	on deputation <input type="checkbox"/>
ख)	रेजिडेंट/Resident:			
	वरिष्ठ रेजिडेंट <input type="checkbox"/>	कनिष्ठ रेजिडेंट <input type="checkbox"/>		
	Senior Resident <input type="checkbox"/>	Junior Resident <input type="checkbox"/>		
ग)	अनुसंधान कर्मचारी पीएच-डी शोधार्थी सहित Research Staff including Ph.D. Scholar <input type="checkbox"/>			
घ)	पेंशनभोगी - <input type="checkbox"/>			
	Pensioner <input type="checkbox"/>			
ड)	पात्रता वर्ग- Entitlement Class:	सामान्य कक्ष General Ward	निजी कक्ष Private ward	<input type="checkbox"/>
3	पदनाम: Designation:			
4	विभाग/अनुभाग का नाम: Name of Department/Section:			
5	वेतन और ग्रेड पे: Pay Band & Grade Pay:			
i.	वर्तमान मूल वेतन: Present Basic Pay:			
6	अंतिम वेतन/मूल पेंशन: Last Pay / Basic Pension:	एक वर्ष <input type="checkbox"/>	जीवन भर <input type="checkbox"/>	
		One year <input type="checkbox"/>	Whole life <input type="checkbox"/>	
(यदि पेंशनभोगी हैं तो कृपया ई.एच.एस. लाभ के लिए योगदान का उल्लेख करें) (If Pensioner, please mention contribution for EHS benefit)				

7	कार्यालय का पता:					
	Office Address:					
8	आवासीय पता:					
	Residential Address:					
9	दूरभाष संख्या: (कार्यालय)		मोबाइल			
	Telephone No: Office		Mobile:			
10	ईमेल आईडी/Email ID:					
11 क)	सेवा निवृत्ति की तिथि (यदि एम्स में कार्यरत कर्मचारी हैं, तो)					
	Date of Superannuation (In case of serving AIIMS employee)					
11 ख)	कार्यकाल पूरा होने की तिथि (यदि रेजिडेंट, अनुसंधान कर्मचारी, पीएच.डी. शोधार्थी या डिप्यूटेशन कर्मचारी हैं)					
	Date of Completion of Tenure (In case of residents, research staff, Ph.D. Scholars & deputation staff as applicable)					
12	परिवार के सदस्यों का विवरण/Details of Family:					
क्र. सं.	परिवार के सदस्य का नाम	ई.एच.एस. कार्डधारक के साथ संबंध	जन्म तिथि	ब्लड ग्रुप	(वैधता संबंधित स्थापना अनुभाग द्वारा भरी जाएगी)	
S. No	Name of Family Member	Relationship with EHS card holder*	Date of Birth	blood group	(Validity to be filled by concerned establishment section)	
1.						
1.						
2.						
2.						
3.						
3.						
4.						
4.						
5.						
5.						
6.						
6.						
7.						
7.						
8.						
8.						

13	क्या वे सभी व्यक्ति जिनके नाम ऊपर दिए गए, आप पर आश्रित हैं?	हाँ	नहीं
	Are all the persons whose names are given above dependent upon you?	Yes	No
क)	कृपया आपके साथ उनके संबंध का प्रमाण संलग्न करें, जैसे ईएचएस टोकन कार्ड की प्रति, राशन कार्ड/चुनाव कार्ड/पासपोर्ट/कॉलेज/स्कूल/विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पासबुक आदि <i>Please attach proof of their relationship with you, like copy of EHS token card issued Ration Card/Election Card/Passport/Identity Card issued by college/School/University/Bank passbook etc.</i>		
ख)	कृपया पृष्ठ-5 पर संलग्न निर्भरता मानदंडों के संदर्भ में पुत्र/पुत्रियों की आयु के संबंध में निर्भरता का प्रमाण संलग्न करें/ <i>Please attach proof of dependency in respect of age of Son(s) & Daughter(s) with reference to dependency criteria attached herewith at page-5.</i>		
14	आश्रित परिवार के प्रत्येक सदस्य (कर्मचारियों सहित) की एक तस्वीर चिपकाएं, जिन्हें ईएचएस लाभ प्रदान करने के लिए शामिल किया जाना आवश्यक है (कृपया ध्यान दें कि इस कॉलम के संबंध में डेटा प्रदान करने का क्रम कॉलम 12 में ऊपर उल्लिखित अनुक्रम के अनुसार होना चाहिए)/ <i>Paste one photograph of each member of dependent Family members (including staff) who are required to be included for providing EHS benefits (please note that the sequence for providing data in respect of this columns should be in order of above mentioned sequence in column 12).</i>		

फ़ोटो/Photo	फ़ोटो/Photo	फ़ोटो/Photo	फ़ोटो/Photo
क्र. सं.	क्र. सं.	क्र. सं.	क्र. सं.
नाम	नाम	नाम	नाम
S.No	S.No	S.No	S.No
Name	Name	Name	Name
फ़ोटो/Photo	फ़ोटो/Photo	फ़ोटो/Photo	फ़ोटो/Photo
क्र. सं.	क्र. सं.	क्र. सं.	क्र. सं.
नाम	नाम	नाम	नाम
S.No	S.No	S.No	S.No
Name	Name	Name	Name

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे परिवार के सदस्य जो उपरोक्त सूचीबद्ध हैं, पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं। I certify that my family members as above are wholly dependent on me.

मैं अपने परिवार के सदस्यों के आश्रितता मानदंड में किसी भी तरह के बदलाव की सूचना देने का वचन देता/देती हूँ, जिसमें इस आवेदन पत्र में शामिल सदस्य भी शामिल हैं। अगर मैं सूचना देने में विफल रहता हूँ और अगर अधिकारियों को इस बारे में पता चल जाता है, तो एम्स द्वारा ई.एच.एस. सुविधा वापस ले ली जाएगी और/या उपयुक्त अधिकारी मेरे खिलाफ कोई भी कार्रवाई करने के लिए स्वतंत्र होंगे।

I undertake to intimate if there is any change in dependency criteria of my family members including in this application form. If I fail to intimate and if the authorities come to know of the same, then the E.H.S. facility is liable to be withdrawn by the AIIMS and/or appropriate will be free to initiate any action against me.

मैं एम्स छोड़ते समय, कार्यकाल पूरा होने पर/सेवानिवृत्ति/समाप्ति/त्यागपत्र पर या ईएचएस लाभों के लिए पात्र होने की स्थिति में ईएचएस कार्ड को सरेण्डर करने का वचन देता हूँ

I undertake to surrender the E.H.S. card(s) on my leaving the AIIMS on completion of tenure/ retirement/termination/resignations or on casing to be eligible of EHS benefits.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य पाई गई है तथा कोई भी जानकारी छिपाई या गलत प्रस्तुत नहीं की गई है तथा मैं इस पर कायम हूँ। I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने एक वर्ष/पूरे जीवन (केवल पेंशनभोगियों के लिए) के लिए ईएचएस लाभार्थी अंशदान किया है:

I Certify that I have made EHS beneficiary contribution one year/whole life (for pensioners only):

संलग्नक: आश्रितों के साथ संबंध का प्रमाण

Enclosures: Proof of Relationship with Dependents

आवास का प्रमाण

Proof of Residence

पीपीओ और अंतिम वेतन प्रमाणपत्र की सत्यापित प्रतिलिपि (पेंशनभोगियों के लिए)

Attested copies of PPO & Last pay certificate (for Pensioners)

विकलांगता प्रमाणपत्र (यदि लागू हो)

Disability Certificate

कृपया जो लागू हो उस पर टिक (✓) का निशान लगाएं तथा जो लागू न हो उस पर काट (X) का निशान लगाएं / Please tick (✓) which is applicable and strike out (X) whichever not applicable.

(विभाग/अनुभाग के अध्यक्ष द्वारा अग्रेषित)
Forwarded by head of Dept. / Section

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

घोषणा / DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पिता/माता/ससुर/सास/अर्थात् पूरी तरह/मुख्यतः मुझ पर आश्रित हैं तथा वे सामान्यतः मेरे साथ ऋषिकेश में रहते/रहती हैं।/I hereby declare that my father/mother/father-in-law/mother-in-law/namelyis /are wholly/mainly dependent upon me and that he/she/they normally reside with me at Rishikesh. मैं यह भी प्रमाणित करता /करती हूँ कि मेरे पिता अर्थात् तथा माता अर्थात् मुझ पर आश्रित हैं तथा पेंशन/पारिवारिक पेंशन तथा डीसीआरजी के समतुल्य पेंशन सहित सभी स्रोतों से उनकी आय 9000/- रुपये प्रतिमाह तथा उस पर महंगाई राहत की राशि से अधिक नहीं है। / I also certify that my father namelyand mother namely Are dependent on me and their income from all source including Pension/Family pension and pension equivalent of DCRG does not exceed Rs. 9000/- per month plus the amount of dearness relief there on. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरा पुत्रआयु.....वर्ष अविवाहित/बेरोजगार है तथा पूरी तरह मुझ पर आश्रित है। / I certify that my sonage.....years is unmarried /unemployed and wholly dependent on me. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी पुत्रीआयु.....वर्ष अविवाहित/बेरोजगार है तथा पूरी तरह मुझ पर आश्रित है। I certify that my daughterageyears is unmarried/unemployed and wholly dependent on me. मैं स्थानान्तरण/सेवानिवृत्ति/सेवा समाप्ति, त्यागपत्र आदि पर संस्थान छोड़ते समय ई.एच.एस. पहचान पत्र लौटाने का वचन देता हूँ। I undertake to surrender the E.H.S. Identity Card on my leaving the institute on transfer/ retirement /termination of service, resignation etc.

संस्थान के कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Institute employee

(संबंधित प्रशासनिक अधिकारी/रजिस्ट्रार द्वारा सत्यापित किया जाए)
(TO BE VERIFIED BY THE CONCERNED ADMIN/ REGISTRAR OFFICER)

1. प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक द्वारा दी गई जानकारी सेवा रिकॉर्ड से सत्यापित की गई है और सही पाई गई है। अनुशंसा की जाती है कि श्री/सुश्री/कुमारी को ई.एच.एस. नंबर जारी किया जाए, जो इस विभाग/अनुभाग/केंद्र/एकाई में.....पद पर कार्यरत हैं।
The information furnished by the applicant has been verified from his service records and found to be correct. It is recommended that a E.H.S. No. to be issued to Shri/Smt/Kumari Designation who is working in this department/section/centre/unit.
2. वित्त विभाग एम्स को आवेदक के वेतन से प्रत्येक माह ईएचएस सदस्यता के लिए आवश्यक कटौती के बारे में सूचित किया गया है। Finance division AIIMS has been intimated about required deduction toward of the EHS subscription every month from the salary of the applicant.
3. अनुरोध है कि ईएचएस टोकन कार्ड के अनुसार लाभार्थी/लाभार्थियों को नए ईएचएस फोटो कार्ड और ईएचएस किताबें जारी करने पर विचार करें।/ It is requested to consider for the issue of new EHS photo cards and EHS books to the beneficiary/beneficiaries as per EHS token Card.

संबंधित प्रशासनिक/रजिस्ट्रार अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Concerned Administrative /Registrar Officer

(ई.एच.एस. सेल द्वारा भरा जाना है) / (To be filled by the E.H.S. Cell)

ई.एच.एस. नं.आवेदक को नए ई.एच.एस. सेल द्वारा आवंटित किया गया है।
E.H.S. No.....has been allotted by the applicant by the New E.H.S.Cell.

डीलिंग क्लर्क (ई.एच.एस. सेल)
Dealing Clerk (E.H.S. Cell)

प्रभारी (ई.एच.एस. सेल)
In-charge (E.H.S. Cell)

निर्देश / INSTRUCTIONS

परिवार की परिभाषा:

Definition of Family:

1. **पति/पत्नी** (पहली पत्नी मात्र)
Husband/Wife **(First wife only)**
2. **आश्रित माता-पिता / सौतेली माता (Dependent Parents / Step Mother)**
(दत्तक ग्रहण के मामले में केवल दत्तक माता-पिता, असली माता-पिता नहीं)
(In case of adoption, only adoptive & not real parents)
3. **यदि दत्तक पिता की एक से अधिक पत्नी हैं, तो केवल पहली पत्नी को शामिल किया जाएगा / If adoptive father has more than one wife, the first wife only.**
4. एक महिला कर्मचारी अपने आश्रित माता-पिता या आश्रित ससुर/सास में से किसी एक को शामिल कर सकती है। यह विकल्प सेवा के दौरान केवल एक बार बदला जा सकता है / A female employee has a choice to include either her dependent parents or her dependent parent-in-law, option exercise can be changed only once during service.
5. **बच्चे (कानूनी रूप से दत्तक लिए गए, सौतेले बच्चे और अभिभावकों के अधीन बच्चे) निम्नलिखित शर्तों के अधीन होंगे/ Children including legally adopted children, step children and children taken as wards subject to the following conditions:**

1.	पुत्र / Son	जब तक वह कमाना शुरू नहीं करता या 25 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं करता, जो भी पहले हो/ Till he starts earning or attains the age of 25 years, whichever is earlier.
2.	पुत्री / Daughter	जब तक वह कमाना शुरू नहीं करती या शादी नहीं कर लेती, आयु सीमा की परवाह किए बिना, जो भी पहले हो/ Till she starts earning or gets married, irrespective of the age limit, whichever may be earlier
3.	पुत्र किसी भी प्रकार की स्थायी विकलांगता (शारीरिक या मानसिक) से पीड़ित है, जैसा कि नीचे परिभाषित किया गया है / Son Suffering from any permanent disability of kind (physical or mental) as defined below	आयु सीमा की परवाह किए बिना Irrespective of age limit
4.	आश्रित तलाकशुदा/परित्यक्त या अपने पति/विधवा बेटियों से अलग हो चुके हैं और आश्रित अविवाहित/तलाकशुदा या अपने पति/विधवा बहन से अलग हो चुके हैं /Dependent divorced/abandoned or separated from their husband/widowed daughters and dependent unmarried/divorced abandoned or separated from their husband/widowed sister	आयु सीमा की परवाह किए बिना Irrespective of age limit
5.	आश्रित नाबालिग भाई (भाइयों) Dependent Minor brother (S)	वयस्क होने की आयु तक Up to the age of becoming a major

25 वर्ष से अधिक आयु के विकलांग पुत्रों के लिए ई.एच.एस. सुविधा प्राप्त करने के उद्देश्य से, कृपया सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता प्रमाण पत्र की एक प्रति संलग्न करें / **For the purpose of availing E.H.S. facility for disabled sons above 25 years, please attach a copy of the certificate of disability issued by the competent authority.**

'विकलांगता' दिव्यांग व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995 (सं. 1, 1996) की धारा 2(1) में परिभाषित होगी, जिसे नीचे पुनः प्रस्तुत किया गया है / **'Disability' will be AS DEFINED SECTION 2(1) OF 'THE PERSON WITH DISABILITIES (EQUAL OPPORTUNITIES, PROTECTION OF RIGHTS AND FULL PARTICIPATION) ACT, 1995 (NO: 1 OF 1996)' WHICH IS REPRODUCED BELOW:**

“विकलांगता” का अर्थ है:

“DISABILITY” means:

- अंधापन /Blindness
- कम दृष्टि / Low vision
- कलाहीनता का इलाज हो चुका / Leprosy cured
- सुनने में अक्षम / Hearing Impairment
- चलने-फिरने में अक्षम / Locomotor Disability
- मानसिक मंदता/ Mental Retardation
- मानसिक बीमारी / Mental Illness

आश्रितता:

Dependency:

परिवार के सदस्य (पति/पत्नी के अलावा) जिनकी आय 9000/- रुपये प्रति माह से कम है, उन्हें आश्रित माना जाता है और वे आम तौर पर ईएचएस लाभार्थी के साथ रहते हैं।

Members of family (other than spouse) whose income is less than Rs.9000/- per month are treated as dependents and are normally residing with EHS beneficiary.

निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न किए जाने चाहिए:

The Following Documents are to be enclosed:

- आश्रितों के निवास/रहने का प्रमाण- (राशन कार्ड/चुनाव पहचान पत्र/पासपोर्ट/कॉलेज/स्कूल/विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पासबुक आदि की प्रति) / Proof of Residence/Stay of dependents-(copy of Ration Card/ Election ID/Pass Port /Identity Card issued by college/School/University /Bank Pass book ,etc.,)
- बेटे की आयु का प्रमाण / **Proof of age of son**
- सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति (आश्रित पुत्र की आयु 25 वर्ष होने पर) / Attested copy of disability certificate issued by competent authority (in case of dependent son aged 25)

पहली बार ईएचएस कार्ड के लिए आवेदन करने वाले पेंशनभोगियों के लिए निम्नलिखित अतिरिक्त दस्तावेज आवश्यक हैं / For Pensioners applying for EHS Card for the First time the following Additional documents are required.

- सेवा में रहते हुए ईएचएस कार्ड का सरेंडर प्रमाण पत्र / Surrender Certificate of EHS Card while in service.
- पीपीओ और अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रतियां / Attested copies of PPO & last pay certificate.

पेंशनभोगियों द्वारा अंशदान संबंधित स्थापना अनुभाग एम्स ऋषिकेश की उचित प्रक्रिया के तहत “निदेशक” एम्स ऋषिकेश के पक्ष में देय चालान/नकद/चेक/बैंक ड्राफ्ट के माध्यम से किया जाना चाहिए।

Contribution by pensioners should be made through challan/Cash/Cheque /Bank Draft payable in favour of “the Director” AIIMS Rishikesh under due process of concerned Establishment Section AIIMS Rishikesh.