

केन्द्र सरकार के सेवारत कर्मचारियों के लिए केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड के लिये आवेदन पत्र फार्म ए
Application for CGHS Card for Serving Employee of Central Govt. Form (A)

1/6

- 1 आवेदक का नाम.....
Name of the Applicant.....
2. श्रेणी.....विभागीय.....सेवाएं.....पेंशनरअन्य(कृपया उल्लेख करें)
Category.....Departmental.....ServicesPensioners.....others(Pl.Specify)
(यदि आप स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय/स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय/केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना में कार्यरत हैं तो विभागीय पर निशान लगाएं)
(यदि आप किसी विशिष्ट संगठित सेवा से संबंध रखते हैं तो सेवाएं पर निशान लगाएं)
{Please Tick Departmental if you are posted in the Ministry of Health and Family Welfare/DGHS/CGHS}
{Please Tick Services if you belong to any specific organized service}

3. विभाग का नाम / Name of Deptt.....

4- सेवा का नाम.../Name of Service.....

अखिल भारतीय/केन्द्रीय सेवाएँ /आई ए एस /आई पी एस इत्यादि के मामले में
In case of : All India / Central Services / I. A. S / I. P. S

5- पदनाम / Designation..... राजपत्रित /Gazettedअराजपत्रित /Non-Gazetted

6 पे बैंड/Pay Bandवर्तमान वेतनPresent Pay.....ग्रेड पे/Gr.Pay ---
सेवारत कर्मचारियों के लिए

7 कार्यालय का पता/Official Address.....

8. आवासीय पता /Residential Address.....

9. दूरभाष सं० /Telephone Number:(कार्या /O).....(आ /R).....(मो० /M).....

10. ई-मेल आईडी / e-mail ID.....

11. अधिवर्षिता की तारीख /Date of Superannuationदिनांक /Dateमाह /Monthवर्ष /Year

12. क्या आप प्रतिनियुक्ति पर हैं / Are you on Deputation जी हाँ / Yes / जी नहीं /No
(केन्द्रीय प्रतिनियुक्ति / Central Deputation)

13. यदि हाँ तो प्रतिनियुक्ति समाप्त होने की तिथि / If yes, likely Completion of Deputation.....

14. क्या आपकी सेवाएं दूसरे शहरों में स्थानांतरणीय है / Are your services transferable to other cities.....

15. परिवार का ब्यौरा /Details of Family

(यह कालम भरने से पहले परिवार की परिभाषा देख लें / Please see definition of Family before filling up this column*)

क्र.सं० S.No	परिवार के सदस्यों के नाम/ Name of Family member	केसस्वायो कार्डधारी के साथ संबंध /Relationship to CGHS Card Holder*	जन्म तिथि /Date of Birth# (अनिवार्य /Compulsory)	ब्लड ग्रुप/ Blood Group (ऐच्छिक /optional)

