

परिशिष्ट - 1
कुलसचिव कार्यालय

गुरु घासीदास विश्वविद्यालय, बिलासपुर (छ0ग0)

चिकित्सा सुविधा हेतु पारिवारिक विवरण/स्पष्टीकरण प्रपत्र
(कर्मचारी द्वारा तीन प्रतियों में भरा जावेगा)

कर्मचारी का नाम :- _____

विभाग / कार्यालय:- _____

पद :- _____

वर्तमान पता :- _____

क्रमांक	नाम	आयु / जन्मतिथि	कर्मचारी के साथ संबंध
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

यह परिवार के प्रमुख के छायाचित्र सहित होगा ।

व्याख्या:- इन नियमों के संदर्भ में परिवार से आशय कर्मचारी के पति/पत्नी जैसा लागू हो, माता, पिता, बच्चे, सौतेले पुत्र/पुत्री, बहनें, विधवा बहनें, विधवा बेटियां, अवयस्क भाई जो कर्मचारी के साथ रहते हों तथा पूर्णतया कर्मचारी पर निर्भर हों ।

नोट:- आश्रित की श्रेणी में वही सदस्य माना जाएगा जिसकी समस्त स्रोतों से प्राप्त कुल आय 3500/- रु.प्रतिमाह से अधिक नहीं होगी ।

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त वर्णित जानकारी सत्य है ।

दिनांक:-

कर्मचारी के हस्ताक्षर

