

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 आवेदक का नाम.....  
Name of the Applicant.....

2. श्रेणी:.....विभागीय.....सेवाएं.....पेंशनर .....अन्य(कृपया उल्लेख करें)  
Category.....Departmental.....Services .....Pensioners.....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 /Gazetted .....अराजपत्रित /Non-Gazetted

6 पे बैंड/Pay Band -----वर्तमान 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 Superannuation .....दिनांक /Date .....माह /Month .....वर्ष /Year

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

13. यदि हां 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)

# कृपया उपरोक्त दर्शाए गए सभी सदस्यों के आयु संबंधी प्रमाण-पत्र संलग्न करें  
(Please attach proof of age of persons mentioned above)

16. क्या ऊपर जिन व्यक्तियों के नाम दिए गए हैं वे आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रहते हैं? .....

Are all the persons whose names are given above are dependant upon you and are residing with you?.....

(कृपया उनका आपके साथ रहने का प्रमाण साथ लगाएं जैसाकि राशन कार्ड / निर्वाचन पहचान पत्र/ पास पोर्ट / कालेज/ स्कूल/ विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/ बैंक की पास बुक आदि की प्रति)

Please attach proof of their staying with you, like copy of Ration card/Election ID/Pass Port/Identity Card issued

by college/school/University/Bank Pass Book, etc)

17. नीचे दिए गए स्थान पर (स्वयं सहित) परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम आपके परिवार के भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं की पहचान पत्र आकार की एक फोटोग्राफ चिपकाएं। (नाम दोनो भाषाओं में लिखें) Paste one ID card size of Photograph of each member of Family (including self) whose names

are proposed to be included as part of your family in the space given below (Names should be written in both the languages): Two sets of photographs to be submitted - one set affixed below and attested by serving gazetted officer and one set attached separately)

कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name
कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....	कसं0S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदन फार्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदण्ड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को तत्काल सूचित करूंगा। यदि मैं सूचित करने में असफल होता हूँ और यदि केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को बदलाव के बारे में पता लग जाता है तो के.स. स्वा.यो द्वारा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं वापिस लें ली जाएंगी और केसस्वायो और/या उचित प्राधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई कर सकता है।

I undertake to intimate to CGHS immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate and if the CGHS comes to know of the change then the CGHS facility is liable to be withdrawn by the CGHS and the CGHS and/or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

मैं वचन देता हूँ कि मेरे स्थानांतरण, सेवा-निवृत्ति, बर्खास्तगी, पद त्यागने पर मंत्रालय/कार्यालय छोड़ने या केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधा की पात्रता न होने पर, मैं के0स0स्वा0यो0 कार्ड सौंप दूंगा।

I undertake to surrender the CGHS Card(s) on my leaving the Ministry/Office on transfer; Retirement; termination, resignation; or on ceasing to be eligible for CGHS benefits.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सूचना जाँच करने पर ठीक पाई गई और कोई सूचना छुपाई नहीं गई है या गलत तरीके से नहीं दी गई है और मैं इसके लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार 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.

**अनुलग्नक /Encl:—**आवासीय/आश्रितों के साथ रहने का प्रमाण / Proof of Residence/Stay of dependents

पुत्र की आयु का प्रमाण / विकलांगता प्रमाण पत्र /Proof of age of son/Disability certificate

सेवा में रहते हुए के केसस्वायो कार्ड के समर्पण का प्रमाण पत्र / Surrender Certificate of CGHS Card while in service

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

( सेवारत कर्मचारियों के मामले में प्रायोजक प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा)  
आवेदक द्वारा दी गई सूचना सत्यापित कर ली गई है और ठीक पाई गई है।

यह सिफारिश की जाती है कि..... मंत्रालय/विभाग/संगठन में  
कार्यरत श्री/श्रीमति/कुमारी.....पदनाम.....को  
केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी किया जाए। संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिये गये हैं कि  
आवेदक के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटना शुरू कर दिया जाए/आवेदक  
के वेतन से हर माह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटा जाता है। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना  
कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया  
है।

सं०-----  
दिनांक-----

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी का नाम  
पदनाम(मोहर सहित)  
टेलीफोन नम्बर-----

सेवा में  
संबंधित शहरों के अपर-निदेशक /संयुक्त निदेशक केसस्वायो

(To BE FILLED BY THE SPONSORING AUTHORITY IN CASE OF SERVING EMPLOYEES)  
The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommended  
that a CGHS Card be issued to Shri/Smt/Km.....  
Designation.....working in this Ministry/ Department/ Organization. Instructions  
have been issued to the concerned Division to start deducting CGHS Subscriptions every month from the  
salary of the applicant/ CGHS Subscriptions are deducted every month from the salary of the applicant. I  
am authorized sponsoring authority for the issue of CGHS Card and approval of the Competent Authority  
has been obtained.

No.....  
Date.....

Signature & Name of the Sponsoring Authority  
Designation(Stamp) with Tel. Number

To  
The Addl. Director/Joint Director CGHS of concerned City.s

सेवारत कर्मचारियों एवं केसस्वायो के अंतर्गत आने स्वायत्त निकायों के पेशन भोगियों के मामले में प्रायोजक प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा:

आवेदक द्वारा दी गई सूचना सत्यापित कर ली गई हैं और ठीक पाई गई हैं।

यह सिफारिश की जाती है कि..... मंत्रालय/विभाग/संगठन में कार्यरत श्री/श्रीमति/कुमारी..... पदनाम.....को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी किया जाए। संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिये गये हैं कि आवेदक के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटना शुरू कर दिया जाए/आवेदक के वेतन से हर माह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटा जाता है। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया है।

सं0अदाकर्ता बैंक .....की शाखा.....पर आहरित रु0..  
.....के लिये डिमाण्ड ड्राफ्ट सं0...../पोस्टल ऑर्डर.....  
दिनांक.....संलग्न है।

'स्वायत्त निकायों के केसस्वायो सुविधाओं के पात्र पेंशनभोगियों के मामले में ।

सं0-----दिनांक-----

का नाम

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी

पदनाम(मोहर सहित)  
टेलीफोन

नम्बर-----

सेवा में

अपर-निदेशक केसस्वायो 9 बीकानेर हाउस हटमैन्टस शाहजहाँ रोड

प्राधिकृत हस्ताक्षर कर्ता केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना मुख्यालय द्वारा सत्यापित  
-----/-----/-----/तक वैध/आजीवन काल के लिए

आबंटित संपूर्ण स्वास्थ्य केन्द्र : केसस्वायो द्वारा भरा जाए-----

मोहर सहित हस्ताक्षर

**(To BE FILLED BY THE SPONSORING AUTHORITY IN CASE OF SERVING EMPLOYEES  
AND PENSIONERS OF AUTONOMOUS BODIES COVERED UNDER CGHS).**

The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommended that a CGHS Card be issued to

Shri/Smt/Km.....

Designation.....working in this Ministry/ Department/ Organization.

Instructions have been issued to the concerned Division to start deducting CGHS Subscriptions every month from the salary of the applicant/ CGHS Subscriptions are deducted every month

from the salary of the applicant. I am authorized sponsoring authority for the issue of CGHS Card and approval of the Competent Authority has been obtained.

Enclosed DD bearing No.....dated.....drawn on

Bank.....

Branch...../Postal OrderNo.....for Rs.....

**\*\*in case of Pensioners of Autonomous bodies entitled for CGHS facilities.**

No.

Date

Sponsoring Authority

Signature & name of the

Designation (stamp)with Tele. No.

To

The Addl. DirectorCGHS(HQ) 9 Bikaner House Hutments

Verified \_\_\_\_\_ by Authorised Signatory, CGHS(HQ) Valid up  
to \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CGHS Dispensary  
Allotte \_\_\_\_\_ Entitlement \_\_\_\_\_

- (to be filled by CGHS)

Signature with Stamp

फार्म :सी दो प्रतियों में प्रस्तुत करें

मंत्रालय/विभाग के श्री/श्रीमति  
से प्राप्त केसस्वायो के कार्डों की माँग के चालान को अपर/संयुक्त निदेशक केसस्वायो के कार्यालय को भेजा जाता है ।

:दो प्रतियों में भेजें :

कुल आवेदन पत्र \_\_\_\_\_

क्रम सं संदर्भ संख्या दिनांक किसके लिए

प्राप्ति मोहर  
दिनांक \_\_\_\_\_तक केसस्वायो का कार्ड वितरण के लिए तैयार हो जाएँगे ।  
केसस्वायो का प्राप्ति लिपिक

प्रेषक के हस्ताक्षर  
नाम स्पष्ट शब्दों में:

**Form (C) (to be submitted in duplicate)**

Name \_\_\_\_\_ of Ministry/ Department -----

Challan of requisition of CGHS Cards sent to the Office of Additional/Joint Director, CGHS  
(To be sent in duplicate)

Total No. of Applications \_\_\_\_\_

S.No.	Reference No.	Date	For	Whom
-------	---------------	------	-----	------

Requisitioned

Name/Designation

**Receipt Stamp**

CGHS Cards likely to be ready for  
Delivery on \_\_\_\_\_  
Receipt Clerk CGHS

Signature of Despatcher  
Name in Block letters:

## फार्म 'डी'

श्री \_\_\_\_\_ पदनाम \_\_\_\_\_ जिनका पहचान पत्र

सं \_\_\_\_\_ है को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड जारी करने हेतु आवेदन

पत्र जमा कराने तथा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत किया जाता है ।  
इनके नमूना हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं ।

नमूना हस्ताक्षर

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

केसस्वायो कार्ड/कार्डों की संख्या  
प्राप्त किए

प्रायोजित प्राधिकारी के हस्ताक्षर

तिथि एवं समय

प्राप्त करने वाले के हस्ताक्षर

### Form \*D\*

Shri \_\_\_\_\_ Designation \_\_\_\_\_ holder of Identity Card

No. \_\_\_\_\_ is authorised to deliver the Requisitions for issue of CGHS Cards

and also to collect the CGHS Cards.

His specimen signatures are given below

#### Specimen Signatures

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Signature of the Sponsoring Authority

Received I/Card No(s)

\_\_\_\_\_  
Date & Time

Signature of the recipient.

फार्म ई / Form E

मंत्रालय / विभाग द्वारा तैयार किए गए रजिस्टर का फार्म / Form of Register to be maintained by the Ministries/Depts etc.

क्रम सं/ S.No.	क्रम सं और केसस्वायो कार्ड / काडो को जारी करने की तारिख / Sr. No. and the date of issue of CGHS card(s)	मंत्रालय / कार्यालय में प्राप्त करने की तारिख / Date of receipt in Ministry/Office	केसस्वायो स्वास्थ्य योजना कार्ड धारी का नाम व पदनाम / Name and designation of the CGHS cardholder	मंत्रालय / कार्यालय में नियुक्ति की तारिख / Date of appointment in Ministry/Office	केसस्वायो / कार्ड / काडो को प्राप्त करने वाले सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of the Govt. servant receiving the CGHS card(s)	कार्ड वापिस लेने की तारिख और उसका कारण / Date of withdrawal and reasons thereof	प्रत्यक्ष सत्यापन की तारीख और निरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर / Date of physical verification and signature of the inspecting office
----------------	---	--	---	--	--	---	--