

**आवेदन पत्र / APPLICATION FORM**

राष्ट्रीय हथकरधा विकास निगम लिमिटेड की , सेवानिवृत्ति के पश्चात स्वास्थ्य योजना, 2011 के अन्तर्गत अस्पताल में उपचार हेतु सुविधा के लिये । For Out Patient Treatment Benefit, under NHDC Post Retirement Medical Scheme-2011

मैं अनुरोध करता / करती हूँ कि वित्तीय वर्ष ----- हेतु वाह्य रोगी उपचार लाभ शीर्ष के अन्तर्गत मुझे भुगतान की जाने वाली धनराशि चेक / डिमाण्ड ड्राफ्ट के द्वारा निर्गत करके मेरे निम्नलिखित पते पर प्रेषित करने का कष्ट करें ।

I hereby request that the amount payable to me under "Our Patient Treatment benefit" for financial year ----- may please be released through cheque /demand draft at my following address:

नाम / Name -----

पता / Address -----

-----

-----

**बैंक विवरण / Bank Details:**

बैंक का नाम / Name of the Bank :-----

खाता संख्या / Account No :-----

शाखा एवं उसका पता / Branch with address: -----

-----

-----

दिनांक / Date:-----

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of the Applicant-----

आवेदक का नाम / Name of the Applicant ---

**जीवन प्रमाण पत्र / LIFE CERTIFICATE**

सेवा में / TO,  
प्रभारी, मानव संसाधन विभाग,  
Head of Human Resources Department  
राष्ट्रीय हथकरधा विकास निगम लिमिटेड,  
National Handloom Development Corporation Ltd.  
वेगमैस बिजनेस पार्क ,चतुर्थ तल ,टावर -1,  
Wegmans Business Park, 4<sup>th</sup> Floor, Tower-1,  
प्लॉट न -3, सैक्टर नॉलेज पार्क -तृतीय,  
Plot No-3, Sector Knowledge Park-III,  
सूरजपुर -कासना मेन रोड,  
Surajpur -Kaasna Main Road,  
ग्रेटर नोएडा गौतम बुद्धनगर -201306 (उ .प्र)  
Greater Noida Gautam BudhNagar -201306 (U.P)

**Part - A (To be filled for all)**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती ----- जो हमारे बैंक में खाताधारक है तथा आज यह दिनांक ----- को हमारे समक्ष राष्ट्रीय हथकरधा विकास निगम लिमिटेड की , सेवानिवृत्ति के पश्चात स्वास्थ्य योजना, 2011 की आवश्यक शर्तों को पूर्ण करने के लिये उपस्थित हुए / हुई ।

Certified that Sh / Smt. ----- is account holder in our bank and has appeared before me on-----for personal attendance to fulfill mandatory condition under NHDC post Retirement Medical Scheme - 2011. श्री/ श्रीमती Signature of Sh / Smt. ----- के निम्नलिखित हस्ताक्षर प्रमाणित किये जाते हैं ।  
Is attested as under.

दिनांक / Signature : -----

पहचानकर्ता अधिकारी के हस्ताक्षर -----  
Signature of Identifying Officer  
पहचानकर्ता अधिकारी का नाम तथा -----  
Name & Designation with stamp  
पदनाम मोहर सहित  
Of Identifying Officer

Date: -----

**Part - B (To be filled for Widow/Widower only)**

- विधवा/ विधुर के मामले में (कृपया जहाँ लागू न हो उसे काट दें)
- In case of widow/ widower : ( Kindly cross, where not applicable)

में ----- प्रमाणित करता / करती हूँ कि जहाँ तक मेरे संज्ञान तथा विश्वास में है आज दिनांक ----- दिन ----- को श्री / श्रीमती ----- विधुर / विधवा स्वर्गीय ----- जीवित है तथा उन्होने पुनःविवाह नहीं किया है ।

I ----- Hereby certify that to the best of my knowledge and belief Mr./ Mrs.----- the widow / widower of the late----- is on this----- day of ----- 20 is still alive and not remarried.

Signature of Identifying Officer  
पहचानकर्ता अधिकारी का नाम तथा -----  
Name & Designation with stamp  
पदनाम मोहर सहित  
Of Identifying Officer

Date: -----

- \* नोट : यह प्रमाण पत्र केवल राजपत्रित अधिकारी द्वारा निर्गत किया जायेगा।
- \* Note: This certificate should be issued by a Gazetted Officer Only.