

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

में 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 _____

ई-मेल एवं मोबाइल न° / E-mail & Mobile No.: _____

बैंक विवरण / Bank Details:

बैंक का नाम / Name of the Bank : _____

खाता संख्या / Account No : _____

आई एफ एस सी कोड / IFSC Code: _____

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.
वेगमेंस बिजनेस पार्क ,चतुर्थ तल ,टावर -1,
Wegmans Business Park, 4th 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 _____ के निम्नलिखित हस्ताक्षर प्रमाणित किये जाते हैं ।

Signature of Sh / Smt. _____ 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)

मैं _____ 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.

पहचानकर्ता अधिकारी के हस्ताक्षर _____

Signature of Identifying Officer

पहचानकर्ता अधिकारी का नाम तथा _____

Name & Designation with stamp

पदनाम मोहर सहित

Of Identifying Officer

Date: _____

* नोट : यह प्रणाम पत्र केवल राजपत्रित अधिकारी द्वारा निर्गत किया जायेगा।

* Note: This certificate should be issued by a Gazetted Officer Only.