



राष्ट्रीय हथकरघा विकास निगम लिमिटेड

मानव संसाधन विभाग

सेवानिवृत्त कर्मचारियों के चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रपत्र (ओ.पी.टी.बी)

क्रम सं	विशिष्ट	विवरण
1	कर्मचारी का नाम (बड़े अक्षरों में)*	
2	अंतिम वेतनमान *	
3	जन्मतिथि (DD/MM/YYYY)*	
4	कंपनी में शामिल होने की तारीख (DD/MM/YYYY)*	
5	सेवानिवृत्ति की तिथि (DD/MM/YYYY)*	
6	जीवनसाथी का नाम *	
7	जीवनसाथी का व्यवसाय (सेवा सरकारी या निजी)*	
8	वर्तमान पता*	
9	ई.मेल आईडी *	
10	मोबाइल नंबर.*	
11	दावा की गई कुल राशि.*	

- नोट:** - 1. डॉक्टर के पर्चे और कैश मेमो की मूल प्रति संलग्न की जानी है।
2. दावा की गई राशि की रसीदें संलग्न की जानी है।
3. तीन माह की अवधि के भीतर का जीवन प्रमाण पत्र अनिवार्य रूप से संलग्न किया जाना है।

घोषणा

1. प्रमाणित किया जाता है कि मैं और मेरा जीवनसाथी केंद्र/राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम/अर्ध सरकारी से या उनके माध्यम से किसी भी चिकित्सा सुविधा का लाभ नहीं उठा रहे हैं।
2. यदि यह पाया जाता है कि मेरे/पति या पत्नी द्वारा योजना के तहत लाभों का दुरुपयोग किया गया है, तो उसे योजना के तहत लाभों से वंचित किया जा सकता है और ऐसा पाए जाने पर मेरी सदस्यता समाप्त हो जाएगी।
3. दावे में दिए गए बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।

दिनांक: -

दावेदार के हस्ताक्षर

* उपरोक्त सभी फ़ील्ड भरना अनिवार्य है।