



भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान भुवनेश्वर
INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BHUBANESWAR

सं./ No.....

परिवार में आश्रित सदस्यों के विवरण की घोषणा/ Declaration of Family Dependents

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए निम्न विवरण पूर्ण रूप से सही है और अगर इसमें किसी भी प्रकार का परिवर्तन जैसे जोड़/संशोधन/घटाव आदि की सूचना नए घोषणा पत्र के माध्यम पत्र शीघ्र दी जाएगी। /I do hereby declare that the following particulars are genuine and any change in the status including addition/alteration/omission shall be intimated at the earliest through a fresh declaration.

नाम (साफ अक्षरों में) Name (in Block Letter)	आयु एवं जन्म तिथि Age & DOB	रक्त समूह Blood Group	संबंध Relation	वैवाहिक स्थिति Marital Status	रोजगार Employment
1			स्वयं/ Self		
2			पत्नी/पति Wife/ Husband		
3. a. b. c. d.	बच्चे/ Children				
4. a. b.	माता-पिता/ Parents				

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त तालिका में दिए गए परिवार सदस्यों के विवरणानुसार सभी सदस्य मेरे साथ रहते हैं और पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं। मेरे माता पिता की आय पेंशन को मिलाकर रु. 9,000/- से अधिक नहीं है। यदि, पत्नी/पति रोजगार है तो ऐसी स्थिति में चिकित्सा सुविधा स्वयं/अन्य स्रोतों द्वारा वहन करुंगा/करुंगी। It is further certified that all the family members mentioned here-in above are residing with me and are fully dependent on me. The income of my parents does not exceed Rs. 9,000/- per month including pension, if any, In the case of employed wife or husband I elect medical facility from self/other Source

दिनांक/ Date.....

कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of the Employee

नाम/ Name

पदनाम/Designation

विभाग/Department

वै.सं./E.Code

[नोट/ N.B.: कृपया परिवार के प्रत्येक सदस्यों की दो रंगीन 'स्टैप साइज़' फोटो (2 सेमि.x2.25 सेमि.) जमा करें।]

[N.B.: Please submit **two copies of stamp size (2 cm x2.25 cm)** color photographs for each of the family members]

केवल कार्यालय के प्रयोग हेतु/ For Office Use only

चिकित्सा कार्ड सं./ Medical Card Bearing No..... has been issued on..... को जारी किया गया।