

दि.वि.प्रा. स्वर्ण जयंती आरोग्य योजना के अंतर्गत आवेदन फार्म 'ए' (सेवारत कर्मचारियों के लिए) भरने के लिए दिए जाने वाले अनुदेश ।

1. कृपया फार्म भरने से पहले आवेदन फार्म को सावधानीपूर्वक पढ़ लें । फार्म अंग्रेजी में बड़े अक्षरों में भरें और केवल नीली/काली स्याही वाले बॉलपैन का ही प्रयोग करें ।
2. कृपया अपना और अपने आश्रितों का 3.5 सें.मी. x 4.5 सें.मी. आकार का हाल ही का रंगीन फोटो (जो डिजिटल न हो) चिपकाएँ जिसमें सामने की ओर से पूरा चेहरा दिखाई दे तथा जिसकी पृष्ठभूमि सफेद होनी चाहिए । फोटो साफ होना चाहिए तथा उसकी पृष्ठभूमि वरीयता से सफेद होनी चाहिए ।
3. कृपया पहले पृष्ठ पर दिए गए बॉक्स के अन्दर अपने हस्ताक्षर करें या अंगूठे का निशान लगाएँ ।
4. **नाम**— सर्विस रिकॉर्ड के अनुसार होना चाहिए और खाली जगह छोड़ने सहित अधिकतम 20 खानों का प्रयोग किया जाना चाहिए ।
5. **पिता/पति का नाम**—सर्विस रिकॉर्ड के अनुसार होना चाहिए और खाली जगह छोड़ने सहित अधिकतम 20 खानों का प्रयोग किया जाना चाहिए ।
6. **पदनाम**— दि.वि.प्रा. में अपना वर्तमान पदनाम लिखें ।
7. **जन्म-तिथि/सेवानिवृत्ति की तिथि**—अपने सर्विस रिकॉर्ड के अनुसार लिखें ।
8. **दि.वि.प्रा.-चिकित्सा पहचान**— पत्र जारी करने की तिथि एवं संख्या—अपने वर्तमान दि.वि.प्रा. चिकित्सा पहचान—पत्र की संख्या एवं जारी करने की तिथि का उल्लेख करें (यदि कोई हो) ।
9. **पे-बैंड में प्राप्त वेतन**— इस फार्म को भरने के समय अपने वर्तमान पे-बैंड में मिलने वाले वर्तमान वेतन का उल्लेख करें । **ग्रेड-पे**— सर्विस रिकॉर्ड के अनुसार अपना वर्तमान ग्रेड-पे लिखें ।
10. **तैनाती का वर्तमान स्थान**— उस स्थान का नाम लिखें जहाँ आप इस समय तैनात हैं ।
11. **निवास स्थान का पता**— पिन कोड सहित अपने निवास स्थान का पूरा पता लिखें, जो आपने अपने सर्विस रिकॉर्ड में दिया है ।
12. **टेलीफोन/मोबाइल फोन**—अपना टेलीफोन/मोबाइल फोन नम्बर लिखें जिस पर आकस्मिकता की स्थिति में आपसे सम्पर्क किया जा सके ।
13. **क्या आप प्रतिनियुक्ति पर आए हैं/मूल विभाग का नाम**— हाँ या नहीं लिखें । अपने मूल विभाग का नाम लिखें, जहाँ से आप दि.वि.प्रा. में प्रतिनियुक्ति पर आए हैं ।
14. **मूल विभाग के नियंत्रक कार्यालय का पता**— अपने संगठन के जिम्मेदार प्राधिकारी का पूरा पता लिखें, जहाँ से आज दि.वि.प्रा. में प्रतिनियुक्ति पर आए हैं ।
15. **प्रतिनियुक्ति समाप्ति की तिथि**— उस तिथि का उल्लेख करें जिस तिथि को दि.वि.प्रा. में आपकी प्रतिनियुक्ति की अवधि समाप्त होगी ।
16. **चिकित्सा अंशदान का विवरण (आहरण एवं संवितरण अधिकारी द्वारा अनुप्रमाणित किया जाए)**— वर्तमान चिकित्सा योजना के अंतर्गत आपके वेतन से की गई कटौती की राशि का उल्लेख करें, जो आहरण एवं संवितरण अधिकारी द्वारा विधिवत् रूप से अनुप्रमाणित हो ।
17. **क्या आपकी पत्नी/पति केन्द्र सरकार/निजी संगठन में कार्यरत हैं**— हाँ या नहीं लिखें ।
18. **यदि हाँ, तो पत्नी/पति के कार्यालय के पूरे नाम एवं पते का उल्लेख करें**— यदि हाँ तो कृपया पिन कोड सहित कार्यालय का पूरा नाम एवं पता लिखें ।
19. **क्या उस कार्यालय में चिकित्सा सुविधा का लाभ ले रही/रहे हैं**— हाँ या नहीं लिखें ।
20. **क्या वह दि.वि.प्रा. की चिकित्सा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधाओं का लाभ लेना चाहती/चाहते हैं**— कृपया हाँ या नहीं के रूप में अपनी इच्छा प्रकट करें ।
21. **यदि हाँ, तो क्या आपने संयुक्त घोषणा-पत्र प्रस्तुत किया है**— यदि आप दि.वि.प्रा. की चिकित्सा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधाओं का लाभ लेना चाहती/चाहते हैं, तो कृपया संयुक्त घोषणा-पत्र भरें, जो पत्नी/पति के कार्यालय द्वारा विधिवत् रूप से भरा जाए तथा जिसे वरिष्ठ लेखाधिकारी, चिकित्सा कक्ष, विकास सदन को प्रस्तुत किया जाना चाहिए ।
22. **क्या आपके बच्चे पढ़ाई कर रहे हैंजिन्हें आश्रित माना गया है)**— हाँ या नहीं लिखें ।
23. **14(i) क्या आपके माता-पिता आप पर आश्रित हैं**— हाँ या नहीं लिखें ।
24. **क्या वे आपके साथ रह रहे हैं और कब से**— हाँ या नहीं लिखें । उस महीने और वर्ष का उल्लेख करें जब से आपके माता-पिता आपके साथ रह रहे हैं ।
25. **क्या वे किसी अन्य स्रोत से का लाभ ले रहे हैं**— हाँ या नहीं लिखें ।
26. **क्या वे पेंशन प्राप्तकर्ता हैं**— हाँ या नहीं लिखें ।
27. **सभी स्रोतों से प्राप्त उनकी आय का विवरण**— अपने माता-पिता की सभी स्रोतों से प्राप्त आय जैसे सावधि जमा से प्राप्त ब्याज/आवासीय सम्पत्ति/कृषि से आय आदि का ब्यौरा दें ।

Instructions for filling up the Application form 'A' (Serving employees) for DDA Swarna Jayanti Aarogya Yojna

1. Please read the application form carefully before filling the form in ENGLISH in CAPITAL LETTERS and in BLUE/BLACK ball point pen only.
2. Please paste recent colour photograph (Not in digital) of size 3.5 cm X 4.5 cm in white background of self and dependents showing frontal view of full face. Photographs should be clear and preferably with white background.
3. Please put your Signature or Thumb impression within the box provided on the first page.
4. **Name** – Should be as per Service Record using maximum of 20 Characters including space.
5. **Father's / Husband's Name** – Should be as per Service Record using maximum of 20 Characters including space.
6. **Designation** – Your present designation in DDA.
7. **Date of Birth / Date of Retirement** – As per your service record.
8. **Date of issue of DDA medical identity card and number** – Your existing DDA Medical Identity Card number and mention date of issue (if any).
9. **Pay in pay band** – Your present pay drawn at the time of filling up this form in the existing pay band. **Grade Pay** – Write your existing grade pay as per service record.
10. **Present place of posting** – Write name of place where you are presently posted.
11. **Residential Address** – Write your full residential address as given in your service record along with PIN Code.
12. **Telephone/Mobile** – Write your telephone/mobile number where you can be contacted in case of emergency.
13. **Are you on deputation / Name of parent Deptt.** – Write YES or NO. Give name of your parent Department from which you have come on deputation to DDA.
14. **Address of Controlling Office of parent Deptt.** – Write complete address of accounting authority of your organization from which you have come on deputation to DDA.
15. **Expiry date of Deputation** – Write the date when your Deputation to DDA would finish.
16. **Details of Medical Contribution (To be attested by DDO)** – Mention amount of deduction made from your salary under existing medical scheme duly attested by DDO.
17. **Whether spouse is working in Central Govt...../Private organization** – Write YES or NO.
18. **If yes, mention complete name and address of the Spouse office** – If YES, please write full name and address along with PIN Code of the office..
19. **Whether Medical facilities availing in that office** – Write YES or NO.
20. **Is he/she willing to avail medical facilities under DDA Medical Scheme** – Please give your willingness i.e. YES or NO.
21. **If yes, have you submitted the joint declaration form** – If you are willing to avail medical facilities under DDA Medical Scheme, then please fill the Joint Declaration form duly filled by office of the spouse to be submitted to Sr. AO Medical Cell, Vikas Sadan.
22. **Are your children studying..... treated as dependents)** – Write YES or NO.
23. **14 (i) Are your parents dependent on you**– Write YES or NO.
24. **Are they living with you and since when** – Write YES or NO. Write month and year since when your parents have been residing with you.
25. **Are they availing from any other source** – Write YES or NO.
26. **Are they pensioner** – Write YES or NO.
27. **Details of their income from all sources** – Mention details of income of your parents from all sources like interest from FD/Income from House property/Agriculture etc.



दिविप्रा स्वर्ण जयंती आरोग्य योजना DDA Swarna Jayanti Aarogya Yojna

दिल्ली विकास प्राधिकरण Delhi Development Authority

चिकित्सा पहचान पत्र हेतु आवेदन पत्र Application Form for Medical Identity Card

Read the application form carefully. Fill the form in ENGLISH in CAPITAL LETTERS and in BLUE/BLACK ball point pen only

1. नाम
Name _____
2. पिता / पति का नाम
Father's / Husband's Name _____
3. पदनाम
Designation _____
4. जन्म तिथि
Date of Birth (DD/MM/YYYY) ____/____/____
- सेवानिवृत्ति की तिथि
Date of Retirement (DD/MM/YYYY) ____/____/____
5. दि.वि.प्रा. चिकित्सा पहचान पत्र संख्या व जारी करने की तिथि
Number of existing DDA Medical Identity Card and date of issue _____
6. वेतनमान में वेतन
Pay in pay band _____
- ग्रेड वेतन
Grade Pay _____
7. वर्तमान पोस्टिंग का स्थान
Present place of posting _____
8. आवासीय पता (पिन कोड सहित)
Residential Address (along with pin code) _____

9. दूरभाष / Telephone/Mobile _____
- 10 (i) क्या आप प्रतिनियुक्ति पर हैं ? मूल विभाग का नाम
Are you on deputation? Name of parent Deptt. _____
- (ii) मूल विभाग के नियंत्रक कार्यालय का पूरा पता
Address of Controlling Office of parent Deptt. _____
- (iii) प्रतिनियुक्ति समापन की तिथि
Expiry date of Deputation _____

PASTE
PASSPORT
SIZE PHOTO
of 3.5x 4.5

(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb Impression of Applicant

11. चिकित्सा अंशदान का ब्यौरा

Details of medical contribution

(To be attested by DDO)_____

12. (i) क्या पति/पत्नी किसी केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/अर्द्धसरकारी/पब्लिक उपक्रम/स्थानीय निकाय/प्राइवेट कार्यालय में कार्यरत हैं ?

Whether spouse is working in Central Govt./State Govt./Statutory Autonomous Body/Public Sector Enterprise/local body/private organization?

(ii) यदि हाँ तो जीवन साथी के कार्यालय का पूरा नाम व पता

If yes, mention complete name and address of the Spouse office_____

(iii) क्या वह अपने कार्यालय में चिकित्सा सुविधा ले रहे हैं ?

Whether Medical facilities availing in that office?_____

(iv) क्या वह चिकित्सा सुविधा दि.वि.प्रा. की चिकित्सा योजना के अन्तर्गत लेना चाहते/चाहती हैं ?

Is he/she willing to avail medical facilities under DDA Medical Scheme?_____

(v) यदि हाँ, तो क्या आप दोनों ने संयुक्त घोषणा पत्र दाखिल कर दिया है ?

If yes, have you submitted the joint declaration form ?_____

13. क्या बच्चे पढ़ रहे हैं या नौकरी करते हैं ? (विवाहित, कार्यरत बच्चे तथा 25 वर्ष से अधिक आयु के लड़कों को आश्रित नहीं माना जाएगा) (स्थायी विकलांगता से पीड़ित पुत्र के लिए आयु सीमा लागू नहीं है)

Are your children studying or employed? (Married, employed children & sons more than 25 years of age shall not be treated as dependents) (Son suffering from permanent disability irrespective of age limit are treated as dependents)

14. (i) क्या माता/पिता आप पर आश्रित हैं ?

Are your parents dependent on you?_____

(ii) क्या वे आपके साथ रहते हैं और किस समय से ?

Are they living with you and since when?_____

(iii) क्या वे किसी अन्य स्रोत से आश्रित सदस्य के रूप में चिकित्सा सुविधा ले रहे हैं ?

Are they availing any medical facility as dependent from any other source?_____

(iv) क्या वे पेंशनर हैं ?

Are they pensioner?_____

(v) उनकी आय/आमदनी का समस्त स्रोतों से ब्यौरा

Details of their income from all sources._____

(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb Impression of Applicant

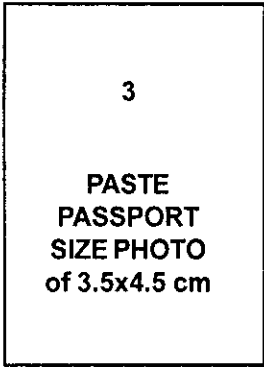
घोषणा *Declaration*

1. मैं सत्यनिष्ठा पूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे निम्नलिखित व्यक्ति कानूनी रूप से आश्रित हैं जिनके फोटो नीचे लगे हुए हैं :
I solemnly declare that I have the following legal dependent(s) whose photograph(s) is/are affixed below :

Name of Spouse _____	Name of Dependent _____
Date of Birth _____	Relation _____
	Date of Birth _____

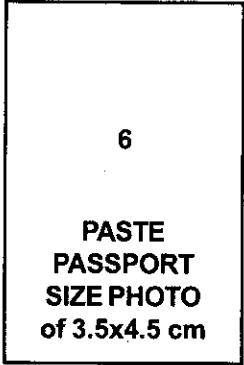
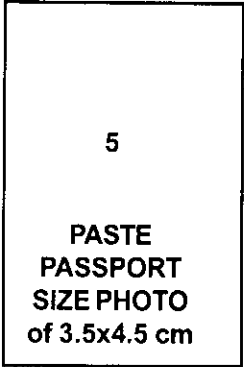


Name of Dependent _____	Name of Dependent _____
Relation _____	Relation _____
Date of Birth _____	Date of Birth _____

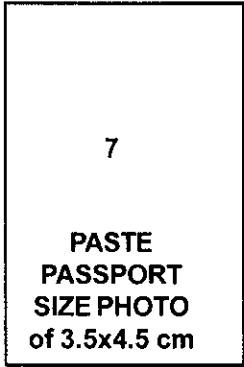


(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb Impression of Applicant

Name of Dependent	_____	Name of Dependent	_____
Relation	_____	Relation	_____
Date of Birth	_____	Date of Birth	_____



Name of Dependent	_____	Name of Dependent	_____
Relation	_____	Relation	_____
Date of Birth	_____	Date of Birth	_____



(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb Impression of Applicant

2. मेरे आश्रित पिताजी और माताजी की कुल मासिक आय (मकान/अन्य अचल सम्पत्ति/सावधि जमा आदि सहित सभी स्रोतों से) 3500/- रु. से कम हैं

That the total monthly income (from all sources including income from house/other immovable property/fixed deposit etc) of my dependent father and/or dependent mother is less than Rs. 3500/-.

3. मेरा बच्चा/बच्चे मुझ पर आश्रित हैं और वह/वे प्रति माह 3500/- रु0 या उससे अधिक नहीं कमाता / कमाते हैं तथा मेरी पुत्री/पुत्रियाँ अविवाहित हैं । मेरा/मेरे पुत्र 25 वर्ष से कम आयु का है /हैं ।

That my child/children is/are dependant on me and is/are NOT earning Rs. 3500/- or more per month & that my daughter(s) is/are NOT married. That age of my son/sons is/are not more that 25 years.

4. मेरे अश्रितों की स्थिति में किसी भी परिवर्तन (मृत्यु, विवाह, रोजगार) के मामले में, मैं लेखाधिकारी (चिकित्सा) को शीघ्रातिशीघ्र सूचित करूँगा और डी.डी.ए. की चिकित्सा सुविधाओं का लाभ लेना बन्द कर दूँगा । मैं ऐसे किसी भी उस उपचार की पूरी लागत वापस कर दूँगा, जो मेरे आश्रित ने अपात्र होने के बाद प्राप्त की है । यदि मैं ऐसा करने में असफल रहता हूँ तो मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाए ।

That in case of any change in the status of my dependents (due to death, marriage, employment), I will inform Senior AO (Medical) at the earliest and will stop availing DDA Medical facilities. I will refund in full, the cost of any treatment that my dependent may have received after he/she became ineligible. I shall be liable for disciplinary action should I fail to do so.

5. मैं केन्द्र सरकार, सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम अथवा किसी अन्य निजी संस्थान व सरकार द्वारा निधि प्राप्त उपक्रम अथवा किसी अन्य चिकित्सा योजना का सदस्य नहीं हूँ ।

That I am NOT a member of any other medical scheme funded by Central Govt. PSU or any other Pvt./Govt. organization.

6. मेरे पति/पत्नी अथवा अन्य आश्रित सदस्य किसी केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/निजी संस्थान के चिकित्सा योजना का सदस्य नहीं हैं ।

That my spouse & dependent family member(s) is NOT a member of CGHS or any other Govt. /Pvt. Medical Scheme.

7. मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैंने कोई गलत सूचना प्रस्तुत कर दी है अथवा मैंने डी.डी.ए. के किसी चिकित्सा पहचान पत्र का दुरुपयोग किया है अथवा किसी अनाधिकृत व्यक्ति ने उसका उपयोग किया है, तो मेरी सदस्यता कोई नोटिस दिए बिना अथवा आगे बिना किसी सुनवाई के रद्द कर दी जाएगी । इसके अतिरिक्त मैं ऐसे अनाधिकृत व्यक्ति/व्यक्तियों पर किए जाने वाले सम्पूर्ण खर्च/लागत का भुगतान करूँगा/करूँगी । डी.डी.ए. द्वारा मेरे विरुद्ध कानूनी कार्रवाई भी की जा सकती है । मैं अपने डी.डी.ए. चिकित्सा पहचान पत्र के गुम हो जाने पर उसकी सूचना तत्काल चिकित्सा कक्ष, डी.डी.ए. को दूँगा/दूँगी ।

I understand that in case I have submitted any incorrect information, or if my DDA Medical Identity Card is misused or used by any unauthorized person, my membership will be cancelled without any notice or further hearing. In addition, I will pay the entire cost of expenditure incurred on such unauthorized person(s). I will also be liable for legal action by the DDA. I will also immediately report the loss of my DDA Medical Identity Card to the Medical Cell, DDA.

8. मेरी प्रतिनियुक्ति समाप्त होने/सेवानिवृत्ति पर मूल विभाग में प्रत्यावर्तन के मामले में मैं, दिनांक..... को मुझे जारी किया गया अपना चिकित्सा पहचान पत्र वरिष्ठ लेखा अधिकारी (चिकित्सा) को लौटा दूँगा ।

I shall return my Medical Identity card issued to me on.....to Sr. AO (Med.) on retirement/cessation of Service/Deputation/Reversion to my parent department.

(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) **Signature OR Thumb Impression of Applicant**

For Office Use Only

Certified that information furnished by the applicant has been verified.

Further the entitlement of the member included in this card has been checked strictly as per DDA medical scheme / CS (MA) Rules.

Signature _____

Name _____

Designation _____

(Branch Officer / Head of Office) _____

Date : _____

Verified the information furnished by the official entitled to category :-

PRIVATE / SEMI. PRIVATE / GENERAL WARD

Signature. _____

(D.D.O.)

Name _____

Date : _____

Designation _____

Sh. / Smt.Enrolled in DDA Swarna Jayanti Aarogya Yojna on
dated..... Issued Medical Identity Card No

Date : Signature (D.D.O.) _____

Name _____ Designation _____

To be retained in Service book / Personal file