दि.वि.प्रा. स्वर्ण जयंती आरोग्य योजना के अंतर्गत आवेदन फार्म 'बी' (पेंशन प्राप्त कर्ता) एवं 'सी' (पारिवारिक पेंशन प्राप्तकर्ता) 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. अपने पेंशन अदायगी आदेश (पी.पी.ओ.) के अनुसार प्राधिकृत आश्रितों के नाम ।
5. पी.पी.ओ. की स्व अनुप्रमाणित एक फोटोकॉपी सहित चिकित्सा फार्म की एक मूल और एक फोटोकॉपी संलग्न करें और अपने निकट के आहरण एवं संवितरण अधिकारी या वरिष्ठ लेखाधिकारी पेंशन, आई.एन.ए., विकास सदन, नई दिल्ली को प्रस्तुत करें ।
6. **नाम**– पेंशन अदायगी आदेश (पी.पी.ओ.) के अनुसार होना चाहिए और खाली जगह छोड़ने सहित अधिकतम 20 खानों का प्रयोग किया जाना चाहिए ।
7. **पिता/पति का नाम**– पेंशन अदायगी आदेश (पी.पी.ओ.) के अनुसार होना चाहिए और खाली जगह छोड़ने सहित अधिकतम 20 खानों का प्रयोग किया जाना चाहिए ।
8. **पदनाम**– सेवानिवृत्ति या मृत्यु के समय दि.वि.प्रा. में कर्मचारी का अंतिम पदनाम लिखें ।
9. **जन्म–तिथि**/सेवानिवृत्ति/मृत्यु की तिथि– अपने सर्विस रिकॉर्ड के अनुसार ।
10. **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) ।
11. **पे–बैंड में प्राप्त वेतन**– इस फार्म को भरने के समय पे–बैंड में मिलने वाले अंतिम आहरित वेतन का उल्लेख करें । **ग्रेड–पे**– पेंशन अदायगी आदेश (पी.पी.ओ.) (यदि कोई हो) के अनुसार सेवानिवृत्ति या मृत्यु के समय की ग्रेड–पे लिखें ।
12. **निवास स्थान का पता**– पिन कोड सहित अपने निवास स्थान का पूरा पता लिखें, जो आपने पेंशन अदायगी आदेश (पी.पी.ओ.) में दिया है ।
13. **टेलीफोन/मोबाइल फोन**– अपना टेलीफोन/मोबाइल फोन नम्बर लिखें जिस पर आकस्मिकता की स्थिति में आपसे सम्पर्क किया जा सके ।
14. **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 ।
15. **क्या आपकी पत्नी/पति केन्द्र सरकार ..../निजी संगठन में कार्यरत हैं**– हाँ या नहीं लिखें ।
16. **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 ।
17. **क्या उस कार्यालय में चिकित्सा सुविधा का लाभ ले रही/रहे हैं**– हाँ या नहीं लिखें ।
18. **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 ।
19. **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 ।
20. **क्या आपके बच्चे पढ़ाई कर रहे हैं ....जिन्हें आश्रित माना गया है)**– हाँ या नहीं लिखें ।
21. **14 (i) क्या आपके माता–पिता आप पर आश्रित हैं**– हाँ या नहीं लिखें ।
22. **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 ।
23. **क्या वे किसी अन्य स्रोत से .... का लाभ ले रहे हैं**– हाँ या नहीं लिखें ।
24. **क्या वे पेंशन प्राप्तकर्ता हैं**– हाँ या नहीं लिखें ।
25. **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/कृषी से आय आदि का ब्यौरा दें ।
26. कृपया किसी भी प्रकार की पूछताछ के लिए चिकित्सा कक्ष, आई.एन.ए., विकास सदन, नई दिल्ली से सम्पर्क करें ।

Instructions for filling up the Application form 'B' (Pensioners) & 'C' (Family Pensionners) 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. Names of authorized dependents as per your Pay Pension Order (PPO) only.
5. Attach One Original and one photocopy of the Medical form along with one self attested photocopy of PPO and submit the same to your nearest DDO or Sr.AO Pension, INA, Vikas Sadan, New Delhi.
6. **Name** – Should be as per Pay Pension Order (PPO) using maximum of 20 Characters including space.
7. **Father's / Husband's Name** – Should be as per Pay Pension Order (PPO) using maximum of 20 Characters including space.
8. **Designation** – Write last designation of the employee in DDA at the time of retirement or Death.
9. **Date of Birth / Date of Retirement / Death** – As per your service record.
10. **Date of issue of DDA medical identity card and number** – Your existing DDA Medical Identity Card number and mention date of issue (if any).
11. **Pay in pay band** – Your last pay drawn at the time of filling up this form in the pay band. Grade Pay – Write grade pay at the time of retirement or death as per Pay Pension Order (PPO) (if any).
12. **Residential Address** – Write your full residential address as given in your Pay Pension Order (PPO) along with PIN Code.
13. **Telephone/Mobile** – Write your latest Telephone/Mobile number where you can be contacted in case of emergency.
14. **Details of Medical Contribution (To be attested by DDO)** – Mention amount of deduc-tion made from your salary under existing medical scheme duly attested by DDO.
15. **Whether spouse is working in Central Govt......../Private organization** – Write YES or NO.
16. **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..
17. **Whether Medical facilities availing in that office** – Write YES or NO.
18. **Is he/she willing to avail medical facilities under DDA Medical Scheme** – Please give y your willingness in YES or NO.
19. **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.
20. **Are your children studying........... treated as dependents)** – Write YES or NO.
21. **14 (i) Are your parents dependent on you**– Write YES or NO.
22. **Are they living with you and since when** – Write YES or NO. Write month and year since when your parents are residing with you.
23. **Are they availing .... from any other source** – Write YES or NO.
24. **Are they pensioner** – Write YES or NO.
25. **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.
26. For any Query, please contact Med Cell, INA, Vikas Sadan, New Delhi.

FORM - C

दिविप्रा स्वर्ण जयंती आरोग्य योजना
DDA Swarna Jayanti Aarogya Yojna

दिल्ली विकास प्राधिकरण Delhi Development Authority

दिविप्रा पारिवारिक पैन्शनर के चिकित्सा पहचान पत्र हेतु आवेदन पत्र
Application Form for Medical Identity Card for DDA Family Pensioners

Note: 1 - Read the application form carefully before filling the form in ENGLISH in CAPITAL LETTERS and in BLUE/BLACK ball point pen only. 2 - Attach one self attested photocopy of PPO along with application

PASTE PASSPORT SIZE PHOTO of 3.5x 4.5 cm

1. पारिवारिक पैन्शनर का नाम
   Name of Family Pensioner________________________

2. (i) दिविप्रा कर्मचारी का नाम
   Name of DDA Employee________________________

   (ii) पारिवारिक पैन्शनर का कर्मचारी के साथ सम्बंध
   Relationship of Family Pensioner with the Employee ________________

   (iii) सेवानिवृत्ति/मृत्यु की तिथि तथा दिविप्रा कर्मचारी का नाम
   Date of Retirement / Death (DD/MM/YYYY) of DDA Employee________________________

   (iv) सेवानिवृत्ति/मृत्यु के समय पदनाम
   Designation at the time of Retirement / Death________________________

   (v) सेवानिवृत्ति/मृत्यु के समय वेतन — ग्रेड वेतन
   Pay at the time of Retirement / Death________________ Grade Pay________________

   (vi) पी पी ओ संख्या — मूल पेंशन
   PPO No.________________________ Basic Pension________________

3. पारिवारिक पैन्शनर की जन्म तिथि
   Date of Birth (DD/MM/YYYY) of Family Pensioner_______/_______/____________

4. दि.वि.प्रा. चिकित्सा पहचान पत्र संख्या व जारी करने की तिथि
   Number of existing DDA Medical Identity Card and date of issue________________________

5. आवासीय पता (पिन कोड सहित)
   Residential Address (along with pin code)________________________

   ____

   ____

6. दूरभाष /Telephone/Mobile________________________

7. चिकित्सा अंशदान का ब्यौरा
   Details of medical contribution________________________
   [To be attested by DDO/Sr. AO(Med)]
   ____

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

8. पेंशन वितरण कार्यालय (बैंक का नाम, बैंक खाता संख्या, शाखा का नाम एवं पता)
Pension Disbursing Authority with address (Name of Bank, Bank Account No. and Branch Name)_______

____

9. (i) क्या आप किसी अन्य स्रोत से जैसे अपने कार्यरत पुत्र / पुत्री / माता–पिता के कार्यालय से आश्रित सदस्य के रूप में चिकित्सा सुविधा ले रहे हैं ?
Are you availling any medical facility as dependent of your son / daughter / parents ?_____________

____

(ii) यदि हाँ, तो कार्यालय का पूरा नाम व पता
If yes, state the organization and complete addres _______________________________________

____

10. क्या बच्चे पढ़ रहे है 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 permanaent disability irrespective of age limit are treated as dependents)

____

11. (i) क्या सास/ससुर आप पर आश्रित हैं ? (केवल महिला पैन्शनर के लिए)
Are your parent in-laws dependent on you ? (Only for women pensioners)______________________

(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 रुप में चिकित्सा सुविधा ले रहे हैं ?
Are they availing any medical facility as dependent from any other source?______________________

(iv) क्या वे पैन्शनर हैं ?
Are they pensioner?____

(v) उनकी आय/आमदनी का समस्त स्रोतो से ब्यौरा
Details of their income from all sources.____

(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अगूंठे 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 Dependent ____________________

Relation ____________________

Date of Birth ____________________

1
PASTE
PASSPORT
SIZE PHOTO
of 3.5x4.5 cm

Name of Dependent ____________________

Relation ____________________

Date of Birth ____________________

2
PASTE
PASSPORT
SIZE PHOTO
of 3.5x4.5 cm

Name of Dependent ____________________

Relation ____________________

Date of Birth ____________________

3
PASTE
PASSPORT
SIZE PHOTO
of 3.5x4.5 cm

Name of Dependent ____________________

Relation ____________________

Date of Birth ____________________

4
PASTE
PASSPORT
SIZE PHOTO
of 3.5x4.5 cm

(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 ____________________

5 PASTE PASSPORT SIZE PHOTO of 3.5x4.5 cm	6 PASTE PASSPORT SIZE PHOTO of 3.5x4.5 cm

Name of Dependent ____________________ Name of Dependent ____________________

Relation ____________________ Relation ____________________

Date of Birth ____________________ Date of Birth ____________________

7 PASTE PASSPORT SIZE PHOTO of 3.5x4.5 cm	8 PASTE PASSPORT SIZE PHOTO of 3.5x4.5 cm

2. मेरे आश्रित पिताजी और माताजी की कुल मासिक आय (मकान/अन्य अचल सम्पत्ति/सावधि जमा आदि सहित सभी स्रोतों से) 3500/– रू. 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 in-Law and/or dependent mother in-Law 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 than 25 years.

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

4. मेरे अश्रितों की स्थिति में किसी भी परिवर्तन (मृत्यु, विवाह, रोजगार) के मामले में, मैं लेखाधिकारी (चिकित्सा) को शीघ्रातिशीघ्र सूचित करूँगा/करुँगी और डी.डी.ए. की चिकित्सा सुविधाओं का लाभ लेना बन्द कर दूँगा/दूँगी । मैं ऐसे किसी भी उस उपचार की पूरी लागत वापस कर दूँगा/दूँगी, जो मेरे आश्रित ने अपात्र होने के बाद प्राप्त की है । यदि मैं ऐसा करने में असफल रहता/रहती 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. मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैने 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 करुँगा/करुँगी । डी.डी.ए. द्वारा मेरे विरूद्ध कानूनी कार्रवाई 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.

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

For Office Use Only

Certified that information furnished by the applicant has been verified.

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

Entitled to Category :- Private / Semi. Private / General ward

Sr. AO (Medical) / (Pension)

Name_______________Designation___________

Date___________________

Signature (D.D.O.)

Name_______________Designation__________

Date___________________

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

Date :_________________________

DDO / AO (Medical)

To be retained in Service book / Personal file