

कृपया दोनों भाषाओं में भरें / PLEASE FILL IN BOTH LANGUAGES

क्रम संख्या/Sr. No.:.....



दिल्ली विश्वविद्यालय, दिल्ली-110007  
UNIVERSITY OF DELHI, DELHI-110007



**पेंशनभोगी चिकित्सा उपचार कार्ड - विश्वविद्यालय अनुमोदित अस्पतालों के लिए**  
**PENSIONER'S IDENTITY CARD FOR MEDICAL TREATMENT IN THE APPROVED HOSPITALS**

1. कर्मचारी का नाम : -----

Name of the Employee : \_\_\_\_\_

2. पिता/पति का नाम : -----

Father's/Husband's Name : \_\_\_\_\_

3. पदनाम : -----

DESIGNATION : \_\_\_\_\_

4. विभाग/अनुभाग : -----

Department/Section : \_\_\_\_\_

5. अंतिम वेतन व ग्रेड पे(यदि है): -----

Last Pay & Grade Pay (if any)

6. पारिवारिक सदस्यों का विवरण :

Details of Family Members as per CS (MA) rules:

क्रम सं० Sr. No.	नाम Name	कर्मचारी से संबंध Relationship with the employee	जन्म तिथि Date of Birth	टिप्पणी Remarks

8. सेवानिवृत्ति की तारीख : \_\_\_\_\_

Date of retirement

9. आवासीय पता : -----  
-----  
-----

Residential Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. दूरभाष संख्या : \_\_\_\_\_  
Telephone No.

11. स्वास्थ्य केन्द्र पंजीकरण संख्या: \_\_\_\_\_  
Health Centre Membership No.:

सत्यापित किया  
Verified by:



कर्मचारी/आश्रित के हस्ताक्षर  
Sign of the Employee/Dependent

नोट/Note:

‘प्रत्यक्ष भुगतान सुविधा’ के तहत चिकित्सा उपचार कार्ड का दुरुपयोग एक दंडनीय अपराध है। जान-बूझकर तथ्यों को छुपाने पर तथा झूठी जानकारी या सूचना देने पर उचित कार्रवाई सहित चिकित्सा कार्ड रद्द कर दिया जाएगा। सेवारत कर्मचारियों के संदर्भ में उचित अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी।

Misuse of Medical I-Card “Under Direct Payment Facility” is a criminal offence. Suitable action including cancellation of medical I-card shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false information/statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.