

अनुच्छेदक-1/ ANNEXURE-I

परिचय पत्र सं० / Identity card No. _____

भा०वा०अ०शि०प०-वन अनुसंधान संस्थान, देहरादून / I.C.F.R.E.-FOREST RESEARCH INSTITUTE, DEHRADUN

1. अभ्यर्थी का नाम / Name of the Applicant _____
2. पदनाम / Designation _____
3. प्रभाग / अनुभाग जिसमें कार्यरत हैं / Division/Discipline in which employed _____
4. आवासीय पता / Residential Address _____
5. अस्पताल / औषधालय / Hospital/Dispensary _____
6. यदि पति / पत्नी कार्यरत हैं तो संयुक्त घोषणा दें / If Husband/wife is employed give joint declaration _____
7. परिवार के सदस्यों का विवरण / Details of family members:

क्रम सं० / S.No.	आश्रित सदस्य का नाम / Name of the Dependent Member	जन्म तिथि (कृपया जन्म तिथि का प्रमाण संलग्न करें) / Date of birth (Please attach Proof of age)	आवेदन की तिथि के अनुसार आयु / Age as on the date of application	सरकारी कर्मचारी से संबंध / Relation with Govt. Servant	वैवाहिक स्थिति / Marital Status	किसी भी तरह की स्थाई विकलांगता (शारीरिक या मानसिक) यदि कोई हो / Permanent disability of any kind (Physical or Mental) if any	टिप्पणी (कार्यालय प्रयोग हेतु) / Remarks (for office use)

नोट: उपरोक्त परिवार के सदस्यों की निर्भरता की स्थिति के बारे में किसी भी परिवर्तन की सूचना देना आवेदक का कर्तव्य होगा और वह उसके द्वारा दी गई जानकारी में किसी भी अतिरिक्त / विलोपन को तुरंत संसाधित करेगा।

Note: It will be the duty of the applicant to inform any change about the dependability status of the above family members and he/she should immediately process any addition/deletion in the above submitted information by him/her.

भवन एवं विविध अनुभाग, भा०वा०अ०शि०प०-वन अनुसंधान संस्थान को अग्रेषित।
Forwarded to Bldg. & Misc. Section, I.C.F.R.E. - Forest Research Institute.

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of the applicant
दिनांक / Dated the

हस्ताक्षर / Signature
प्रभाग / अनुभाग प्रमुख / Head of Division/Discipline/Section
मुहर सहित / With office Seal

सं० (पप)/ -विविध
No. (IC)/ -Misc.,
भवन एवं विविध अनुभाग / Bldg. & Misc. Section,
भा.वा.अ.शि.प.-वन अनुसंधान संस्थान / I.C.F.R.E.-Forest Research Institute,
डाकघर-न्यू फॉरेस्ट, देहरादून / P.O., New Forest, Dehra Dun-248 006

दिनांक / Dated:

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित—

Copy forwarded to the following for information and necessary action please :-

1. लेखाधिकारी, व0अ0सं0/आहरण एवं वितरण अधिकारी...../The Accounts Officer, F.R.I./D:D.O.
2. प्रभारी, मुख्य चिकित्साधिकारी, नव वन चिकित्सालय, व0अ0सं0 / The C.M.O. (In-charge), New Forest Hospital, FRI.
3. डॉ०/श्री/श्रीमती/कु०.....को सम्बद्ध प्रभाग/अनुभाग प्रमुख के द्वारा इस निर्देश के साथ कि यह आवेदक का कर्तव्य होगा कि वह चिकित्सा उपस्थिति नियमों के तहत अपने परिवार (पति/पत्नी के अलावा) के आश्रित सदस्यों की निर्भरता के लिए आय सीमा के बारे में इस कार्यालय को स्वयं सूचित करें/ Dr./Shri/Smt./Miss. through respective Head of Division/ Discipline/ Section **with the instructions that it will be the duty of the applicant to self declare and intimate this office about income limit for dependency of the family members (other than spouse) as admissible under Medical Attendance Rules.**

अनुभाग अधिकारी / Section Officer,
भवन एवं विविध अनुभाग / Building & Misc. Section,
भा.वा.अ.शि.प.-वन अनुसंधान संस्थान / I.C.F.R.E.-Forest Research Institute,
देहरादून / Dehradun.