



भा. कृ. अनु. प. - केंद्रीय भेड़ और ऊन अनुसंधान संस्थान

ICAR - Central Sheep and Wool Research Institute

Avikanagar, Malpura, Rajasthan - 304501

Tel Nos. +91-1437-220162 / 220 164 FAX +91-1437-220163

Email [director.cswri@icar.gov.in](mailto:director.cswri@icar.gov.in), [cao.cswri@icar.gov.in](mailto:cao.cswri@icar.gov.in) Website [www.cswri.res.in](http://www.cswri.res.in)



क्र.सं. 6(7) प्रशा. III/2024/146

दिनांक 04.10.2024

### परिपत्र

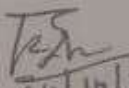
**विषय:** संस्थान के कर्मचारियों द्वारा माता - पिता व अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) के medical reimbursement claim के संबंध में आवश्यक आय प्रमाण पत्र व अन्य दस्तावेज कार्यालय को प्रस्तुत करने के संबंध में।

उपरोक्त विषय पर कहा जाता है कि संस्थान में कार्यरत कर्मचारियों द्वारा अपने आश्रितों के चिकित्सा बिलों का भुगतान प्राप्त करने के लिए प्रत्येक वर्ष के प्रारम्भ में निर्धारित प्रोफार्मा में अपने परिवार के सदस्यों का विवरण कार्यालय को प्रस्तुत किया जाता है जिसकी एक-एक प्रति लिपि आहरण एवं संवितरण अधिकारी अनुभाग (प्रशासनिक अनुभाग नृतीय) एवं मानव चिकित्सालय में भिजवाई जाती है, ताकि उनके चिकित्सा बिलों का भुगतान किया जा सके। परंतु पाया गया है कि उपरोक्त सूचना उपलब्ध कराते समय संस्थान के कर्मचारियों द्वारा अपने पति / पत्नी, पुत्र और पुत्रियों के अलावा अन्य आश्रितों जैसे; माता - पिता व अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य के आय के संबंध में कोई प्रामाणिक दस्तावेज संलग्न नहीं किया जाता है जबकि Central Service (Medical Attendance) Rule, 1944 एवं केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) के तहत चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए, माता-पिता व अन्य (पति / पत्नी, पुत्र और पुत्रियों के अलावा अन्य आश्रित) को केंद्र सरकार के कर्मचारी पर निर्भर माना जाता है यदि वे सामान्य रूप से कर्मचारी के साथ रह रहे हैं और पेंशन / पारिवारिक पेंशन सहित सभी अन्य स्रोतों से उनकी मासिक आय एक सेवानिवृत्त सरकारी सेवक को मिलने वाले न्यूनतम मासिक पेंशन (वर्तमान में ₹9,000 + DR) से अधिक नहीं हो।

संस्थान के कई कर्मचारियों के माता - पिता एवं अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) के IPD / OPD में ली गयी चिकित्सा सुविधा के मेडिकल reimbursement बिल इस अनुभाग में भुगतान के लिए आते रहते हैं परंतु चूंकि उनके माता - पिता एवं रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) संस्थान द्वारा उपलब्ध कराए गए आवासीय क्वार्टरों में उनके साथ नहीं रहते हैं और न ही कर्मियों ने अपने माता - पिता व अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) के आय के संबंध में कोई आय प्रमाण पत्र कार्यालय को उपलब्ध कराया है ऐसे में कर्मियों के माता - पिता व अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) के कर्मियों के आश्रित होने के लिए आवश्यक शर्त की जांच करना कठिन होता है।

अतः निर्णय लिया गया है कि माता - पिता एवं अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) के कर्मचारियों पर आश्रित होने के लिए आवश्यक शर्त की जांच को सुगम बनाने के लिए संस्थान के सभी कर्मियों कृपया अपने माता - पिता व अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) का आय प्रमाण पत्र (जो कि subdivision level के अधिकारी या राज्य सरकार द्वारा इसके लिए अन्य अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर से जारी किया गया हो) / विकलांगता का प्रमाण पत्र / जन्म प्रमाण पत्र (25 वर्ष की आयु की जांच के लिए) एवं अन्य (उनकी पात्रता से संबंधित प्रमाण पत्र) प्रमाण पत्र इस परिपत्र के जारी किए जाने के एक माह के भीतर इस परिपत्र के साथ संलग्न FORM के साथ इस कार्यालय में जमा करा दें। यदि कोई कर्मचारी उपरोक्त सूचना मय आवश्यक दस्तावेज उपलब्ध नहीं करवाते हैं तो उनके माता - पिता एवं अन्य रिश्तेदार / परिवार के सदस्य (पति - पत्नी व आश्रित बच्चों के अतिरिक्त) के IPD / OPD चिकित्सा reimbursement बिल पास नहीं किया जाएगा और यदि किसी कर्मियों ने पहले इस तरह की सुविधा ले ली है तो उनके वेतन से ऐसे मेडिकल बिल reimbursement की राशि की recovery कर ली जाएगी।

यह परिपत्र संस्थान के निदेशक महोदय की स्वीकृति से जारी किया जा रहा है।

  
04/10/24  
(पप्पु मीना)

आहरण एवं संवितरण अधिकारी

वितरण:-

1. संस्थान के सभी कर्मचारियों को ईमेल द्वारा सूचनायें व आवश्यक कार्यवाई हेतु।
2. सूचना पट्ट / संस्थान वेबसाइट।

**ICAR - CENTRAL SHEEP & WOOL RESEARCH INSTITUTE  
AVIKANAGAR - 304501**

**DECLARATION OF FAMILY MEMBERS FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL  
EXPENSE FOR THE YEAR 20\_\_**

1. Name of the employee (in block letters) .....
2. Designation.....
3. Name of the dependents with relation, age and their occupation:

Sr. No.	Name of Dependent	Relation	Date of Birth	Age as on date	Occupation	Marital Status (Married/ Unmarried/ Widowed)	Income (Per Month)

**4. When both husband and wife are employed:**

- a) Is spouse of the employee a Government Servant? YES/NO (Strike off Which is not applicable)  
If yes, then name of the Organization \_\_\_\_\_  
*(If yes, please attach the No Objection Certificate for the particular year (issued by the Head of Office of concerned department) for reimbursement of medical bill of the spouse at this Institute)*
- b) If spouse of the employee availing medical facilities from local bodies / private organization? YES/NO  
*(May choose either the medical facilities under the Central Government rules or facilities provided by the organization in which the spouse is employed)*
5. Is Income of dependent family members (other than spouse) more than ₹9000/- pm plus the amount of dearness relief on basic pension of ₹9000/- pm? YES/NO (Strike off which is not applicable)  
*(If yes, please attach Income Certificate issued under the signature and seal of subdivisional level officer or the officer of state or central government authorised for the purpose) of dependent family member)*
6. I intend to receive medical treatment at \_\_\_\_\_

**UNDERTAKING:**

1. The Income of dependent family members (Other than spouse) do not exceed ₹9000/- pm plus the amount of dearness relief on the basic pension of ₹9000/- pm per person from all sources including pension / salary / business/ service etc.
2. In the event of any change in the above filled particulars, the same shall be intimated to the office at the earliest.
3. The particulars of dependent family members of my family as given are correct and nothing has been concealed. If any information is found wrong / false at any stage, I shall be held liable for the same and I shall also be liable for disciplinary action, as per rule.
4. I hereby undertake to keep the above particulars up to date by notifying to the Head of the Office for any addition or revision.
5. I hereby state that Mr/Mrs \_\_\_\_\_ aged \_\_\_\_\_ who is my \_\_\_\_\_ (relationship) is wholly dependent upon me and was already declared as my family member in the Details of family under Section 4(1) of CS (MA) Rules 1944. I also certify that his/her income per month does not exceed D 9000+DR and he/she is not a retired government servant. The above declaration is made to the best of my belief and I shall be held responsible for any false declaration.

No. of Enclosures: \_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Division / Section \_\_\_\_\_

**Noted:** Reimbursement of the medical bill of the parents and other dependents (i.e. dependents other than spouse, dependent son and daughter) would be allowed to the Government Servant only in case they reside with Govt. Servant or reside with rest of his family members at a place other than his duty station (reasons thereof may be indicated) and copies of their Income Certificate(s) (issued under the signature and seal of subdivisional level officer or the officer of state or central government authorised for the purpose) has / have been provided to this office.

*[Signature]*  
05/10/24