## कृप्या दोनों भाषाओं में भरें / PLEASE FILL IN BOTH LANGUAGES

| क्रम संख्या Sr. No.: | Employee Code:              |  |
|----------------------|-----------------------------|--|
|                      | दिल्ली विश्वविद्यालय-110007 |  |

| । कर्मचारी का नाम                           |         |   |   |  |  |
|---|---------|---|---|--|--|
|   |         |   |   |  |  |
| Name of the Employee                        | :       |   |   |  |  |
| <ol> <li>पिता / पित का नाम</li> </ol>       |         |   |   |  |  |
| a convertibility services possess overhead. |         |   |   |  |  |
| ather's/Husband's Name                      |         |   |   |  |  |
| पदनाम                                       |         | - |   |  |  |
|   |         |   | ε |  |  |
| esignation                                  | :       |   |   |  |  |
| विभाग/अनुभाग                                | ! ————— |   |   |  |  |
| 3   | **      |   |   |  |  |
| epartment/Section                           | :       |   |   |  |  |
| वेतन एवं पे-मैट्रिक्स                       | : \     |   |   |  |  |
| ay & Pay Matrix                             |         |   |   |  |  |

| कम संख्या<br>Sr. No. | नाम<br>Name | कर्मचारी से संबंध<br>Relationship with<br>the employee | जन्म तिथि<br>Date of Birth | टिप्पणी<br>Remarks |
|----------------------|-------------|--|----------------------------|--------------------|
|                      |             |  |                            |                    |
| in the se            |             |  |                            |                    |
|                      |             |  |                            |                    |
|                      |             |  |                            |                    |
|                      |             |  |                            |                    |
|                      |             |  |                            |                    |
|                      | 7 7 4       |  |                            |                    |
|                      |             |  |                            |                    |

| 7. प्रारंभिक नियुक्ति की तिश्वि<br>Date of initial appointment  | :              | 010 (8-heater etc.                                 |
|---|----------------|--|
| <ol> <li>सेवानिवृति की तारीख</li> </ol>                         |                |  |
| Date of retirement  |                |  |
| 9. आवासीय पता   | :              |  |
|   |                |  |
| Residential Address   |                | TELENCE TO SE                                      |
|   |                |  |
|   |                |  |
|   |                |  |
| 10. दूरभाष संख्या   |                |  |
| Telephone No.   |                |  |
| 11. स्वास्थ्य केन्द्र पंजीकरण संख्य<br>Health Centre Membership |                |  |
| Treatur Centre ivientoersinp                                    | ito. (ii dily) |  |
|   |                |  |
|   |                | memer entertained                                  |
|   |                | A Section 18 mg as                                 |
|   |                |  |
| सत्यापित किया<br>Verified by:                                   |                | कर्मचारी के हस्ताक्षर<br>Signature of the Employee |

'प्रत्यक्ष भुगतान सुविधा' के तहत चिकित्सा उपचार का दुरूपयोग 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.