

Government of India
Indian Audit and Accounts Department
Pr. Accountant General (Audit)
Himachal Pradesh, Shimla 171003



भारत सरकार
भारतीय लेखातथा लेखा परीक्षा विभाग
प्रधान महालेखाकार (लेखा परीक्षा)
हिमाचल प्रदेश, शिमला 171003
दिनांक: 31.12.2024

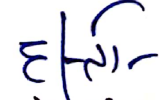
क्र0सं0/प्रशासन/ले0प0/ए0सीरिज/2024/333

कार्यालय आदेश

विषय: वर्ष 2025 के लिए सरकारी अधिकारियों/कर्मचारियों के साथ रहने वाले आश्रित माता - पिता, बहन, विधवा बहन, विधवा बेटी, अवस्यक भाई एवं बच्चों के सम्बन्ध में आश्रित घोषणा -पत्र ।

केन्द्रीय सेवाएं (चिकित्सा परिचर्चा) नियमावली -1944 के अनुभाग -4 पैरा -2 में निहित अनुदेशों के अन्तर्गत इस कार्यालय के सभी अधिकारियों/कर्मचारियों से अनुरोध किया जाता है कि वे चिकित्सा दावों, CGHS Card, LTC/HTC इत्यादि की प्रतिपूर्ति के उद्देश्य से अपने आश्रित माता -पिता, बहन, विधवा बहन, विधवा बेटी, अवस्यक भाई एवं बच्चों के सम्बन्ध में आश्रित घोषणा -पत्र निर्धारित प्रपत्र में 10.1.2025 तक इस अनुभाग में प्रस्तुत कर दें। यह घोषणा पत्र 01.01.2025 से 31.12.2025 तक मान्य होगा। आश्रितों की सभी स्त्रोंतों से मासिक आय ₹ 9,000/- से अधिक न हो। जहां पति/पत्नी दोनों राज्य/केन्द्रीय अथवा स्वायत्त निकाय में कार्यरत हैं, वे अपने -अपने नियन्त्रक अधिकारी के इस आशय का संयुक्त घोषणा -पत्र प्रस्तुत करें कि पत्नी/पति, बच्चे तथा अपने आश्रित पारिवारिक सदस्यों के चिकित्सा परिचर्चा पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा कौन प्रस्तुत करेगा। यदि पति/पत्नी अपने -अपने चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति अपने सम्बन्धित कार्यालय से स्वयं करना चाहता है तो भी एक संयुक्त घोषणा -पत्र इस आशय से प्रस्तुत करें कि वे अपने पति/पत्नी के चिकित्सा दावों की प्रति पूर्ति हेतु दावे प्रस्तुत नहीं करेंगे। वर्ष 2024-25 के लिए आश्रित घोषणा-पत्र, (संलग्न प्रपत्र) में भरकर हकदारी अनुभाग में 10.1.2025 तक प्रस्तुत कर दें, इसके अतिरिक्त सभी अधिकारी/कर्मचारी यह भी सुनिश्चित करें कि उनके पति/पत्नी यदि सरकारी कार्यालय में कार्यरत हैं, तो कृपया उनके कार्यालय से अनापति प्रमाण-पत्र भी प्रस्तुत करें की वह अपने कार्यालय से उपर्युक्त किसी भी प्रतिपूर्ति दावों की अदायगी नहीं प्राप्त कर रहे हैं।

प्राधिकार: व.उप -महालेखाकार (प्रशासन)महोदय के आदेश दिनांक 26.12.2024


वरिष्ठ लेखापरीक्षा अधिकारी
(हकदारी अनुभाग)

VANCE

on Taxi Fare - Food Bill

Tuition fee

पत्र सं०/स्थाबिल/ले०प०/चिकित्सा/आश्रितघोषणा/2024-25/454-460

दिनांक:-31.12.2024

प्रतिलिपि निम्नलिखित कोसूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु ई -मेल द्वारा प्रेषित:

1. सचिव प्रधान महालेखाकार
2. निजि सहायक उप-महालेखाकार (प्रशासन)
3. निजि सहायक उप-महालेखाकार (ए०एम०जी० -II)
4. निजि सहायक उप-महालेखाकार (ए०एम०जी० -I)
5. निजि सहायक उप-महालेखाकार (ए०एम०जी० -III)
6. कल्याण अधिकारी
7. ए०सीरिज फाईल

वरिष्ठ लेखापरीक्षा अधिकारी
(हकदारी अनुभाग)

I.D.No. _____
Mob. No. _____

**OFFICE OF THE PR.ACCOUNTANT GENERAL(AUDIT)HIMACHAL
PRADESH,SHIMLA-171003**

Subject: Declaration of dependency of family member's for the year 2025

With reference to the office order no.Entt./A/Med./Dependency/2024/454-460
Dated 31.12.2024.I beg to declare my parents (Father/Mother/Sister/Widowed
Daughter/Minor Brother) as dependent upon me for reimbursement medical/LTC/HTC
claims in the year 2025.

The required particulars are as under:-

- 1.Name of the dependent with relation and their age _____
- 2.Normal residential address of dependents _____
- 3.Occupation of dependents _____
- 4.Monthly Income from house,land holding and
also from pension.Originally sanctioned with-
out commutation plus increase in pension on
account of ADA ect. _____
- 5.Name of the locality and residential address of
The Govt. Servant at his place on duty _____
- 6.If the dependents are not residing with the Govt.
Servant with whom they are residing and the
Reasons thereof _____
- 7.In case the wife/husband is employed the name
Of the spouse _____
- 8.Designation and postal address of the department _____
- 9.Name of the spouse who will claim the medical
Charges in respect of self, children and dependant
Family members. _____

I here declare that I/My wife/husband will claim the medical charges in my
favour, children, widowed sister, daughter, minor brother and dependent parents also declare
that the above declaration is true to the best of my knowledge.

Yours faithfully,

Signature _____

Name of Employee _____

Designation _____

Section _____

Pay Level & Basic Pay _____

Signature of Wife/Husband

(In case of Joint Declaration a separate form should be filled)



कार्यालय प्रधान महालेखाकार (लेखापरीक्षा), हिमाचल प्रदेश, शिमला -171003
विषय:- वर्ष 2025 के लिए माता -पिता/अन्य सम्बन्धियों की आश्रित घोषणा पत्र।

कार्यालय आदेश संख्या: हकदारी/ले0प0/आश्रित/2024/454-460 दिनांक 31.12.2024 के संदर्भ में
मैं वर्ष 2025 में चिकित्सा/एल0टी0सी0/एच0टी0सी0 में प्रभारों की प्रतिपूर्ति हेतु घोषणा करता/करती हूँ कि
मेरे माता -पिता/बहन/विधवा बहन/विधवा पुत्री/नाबालि भाई मुझ पर आश्रित है। जिसका व्यौरा निम्नवत है:-

1. आश्रित सदस्य/सदस्यों के नाम, आयु तथा सरकारी अधिकारी/कर्मचारी के साथ उनका सम्बन्ध।

क्रमसंख्या	नाम	आयु	सरकारी कर्मचारी के सम्बन्ध

2. आश्रितसदस्य/सदस्यों का आवासीय पता _____

3. व्यवसाय _____

4. गृह, भूमि तथा मूलरूप से संस्वीकृत पेंशन से मासिक आय (पेंशन सारांशीकरण तथा पेंशन राहत बिना)

5. अधिकारी/कर्मचारी का आवासीय पता _____

6. यदि आश्रित सदस्य अधिकारी/कर्मचारी के साथ नहीं रहता/रहते हैं तो कारण सहित यह बताएं कि वह/वे किसके साथ रहते हैं _____

7. यदि पति/पत्नी नौकरी करते हैं तो पति/पत्नी का नाम _____

8. पति/पत्नी का पदनाम, कार्यालय का नाम तथा पूर्ण डाकपता _____

पति/पत्नी का नाम जो स्वयं, बच्चों तथा आश्रित सदस्य/बहन/विधवा/बहन/विधवा पुत्री/नाबालिग/भाई/आश्रित माता-पिता के चिकित्सा प्रभारों की प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत करूंगा/करूंगी।

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे विवरण तथा अधिकतम जानकारी के अनुसार उपर्युक्त सूचना सही है।

भवदीय,

हस्ताक्षर _____

अधिकारी/कर्मचारी का नाम _____

पदनाम _____

अनुभाग _____

मूलवेतन एवं लेवल _____

पत्नी/पति के हस्ताक्षर

उक्त घोषणा के मामले में पृथक प्रपत्र प्रयुक्त किया जाए।

CERTIFICATE

*Certified that I, Shri/Smt. (name) _____ employed
in _____ (name of office in which
employed) am not availing of medical reimbursement facilities or LTC/HTC
claim in lieu thereof either for myself and/or the members of my family from any
(other) source other than under the CS(MA) Rules, 1944.*

Date:

*Signature of Govt. Servant
Concerned with seal*