

Government of India
Indian Audit & Accounts Department
Principal Accountant General (Audit)
Himachal Pradesh-171 003



भारत सरकार
भारतीय लेखा तथा लेखा परीक्षा विभाग
महालेखाकार (लेखापिक्षा)
हिमाचल प्रदेश शिमला-171 003
दिनांक: 09/12/2025

क्र०सा०/प्रशासन/ले०प०/ए०सीरीज/2026/356

कार्यालय आदेश

विषय: वर्ष 2026 के लिए सरकारी अधिकारियों/कर्मचारियों के साथ रहने वाले आश्रित माता-पिता, बहन, विधवा बहन, विधवा बेटा, अयोग्य भाई एवं बच्चों के संबंध में आश्रित घोषणा-पत्र।

केन्द्रीय सेवाएँ (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली-1944 के अनुभाग-4 पैरा-2 में निहित अनुदेशों के अंतर्गत 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 बेटा, अयोग्य भाई एवं बच्चों के संबंध में आश्रित घोषणा-पत्र निर्धारित प्रपत्र में 15/01/2026 तक इस अनुभाग में प्रस्तुत कर दें। यह घोषणा पत्र 01/01/2026 से 31/12/2026 तक मान्य होगा। आश्रितों के सभी खर्चों से मासिक आय ₹9000/-जमा मूल पेंशन पर महंगाई राहत से अधिक न हो।

Under the instructions contained in Section-4, Para-2 of the Central Services (Medical Attendance) Rules, 1944, all officers/employees of this office are requested to submit, in the prescribed format, the Declaration of Dependents in respect of their dependent parents, sister, widowed sister, widowed daughter, minor brother and children for the purpose of reimbursement of medical claims, issuance of CGHS Card, LTC/HTC etc., to this Section by 15/01/2026.

This declaration shall remain valid from 01/01/2026 to 31/12/2026.

The monthly income of the dependents from all sources should not exceed ₹9,000/-plus DR on the basic pension

जहाँ पति/पत्नी दोनों राज्य/केन्द्रीय अथवा स्वायत्त निकाय में कार्यरत हैं, वे अपने-अपने नियंत्रक अधिकारी के इस आशय का संयुक्त घोषणा-पत्र प्रस्तुत करें कि पत्नी/पति, बच्चे तथा अपने आश्रित पारिवारिक सदस्यों के चिकित्सा परिचर्या पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा कौन प्रस्तुत करेगा। यदि पत्नी/पति अपने-अपने चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति अपने संबंधित कार्यालय से स्वयं करना चाहता है तो भी एक संयुक्त घोषणा-पत्र इस आशय से प्रस्तुत करें कि वे अपने पत्नी/पति के चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति हेतु दावे प्रस्तुत नहीं करेंगे।

Where both husband and wife are employed in a State Government, Central Government, or Autonomous Body, they shall submit a joint declaration from their respective controlling authorities indicating which of them will submit the claim for reimbursement of medical expenditure incurred on the treatment of the wife/husband, children, and other dependent family members. If the husband and wife wish to seek reimbursement of their own individual medical claims from their respective offices, they shall still submit a joint declaration stating that they will not submit claims for reimbursement of each other's medical expenses.

वर्ष 2026 के लिए आश्रित घोषणा-पत्र (संलग्न प्रपत्र) में भरकर हकदारी अनुभाग में 15/01/2026 तक प्रस्तुत कर दें, समय-सीमा की समाप्ति के बाद आश्रित प्रमाण-पत्र केवल व० उप-महालेखाकार महोदय की स्वीकृति के उपरान्त ही मान्य होगा, अन्यथा आश्रितों से संबंधित चिकित्सा दावों, CGHS CARD, LTC/HTC इत्यादि हेतु स्वीकृत नहीं किया जाएगा।

Please submit the Dependent Declaration Form (enclosed format) for the year 2026, duly filled in, to the Entitlement Section by 15/01/2026. After the expiry of the deadline, the dependent certificate will be considered valid only after approval of the Deputy Accountant General (Administration). Otherwise, claims related to dependents—such as medical claims, CGHS card, LTC/HTC, etc.—will not be approved.

प्राधिकार: व० उप-महालेखाकार (प्रशासन) महोदय के आदेश

दिनांक 08/12/2025

हस्ता -----

व०लेखा परीक्षा अधिकारी,
(हकदारी अनुभाग)

पत्र सं०/स्वा-बिल/ले०प०/चिकित्सा/आश्रित-घोषणा-पत्र/2026/653-59

दिनांक: 09/12/2025

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

- 1 सचिव प्रधान महालेखाकार
- 2 निजी सहायक व० उप-महालेखाकार (प्रशासन)
- 3 निजी सहायक उप-महालेखाकार (ए०एम०जी०-II)
- 4 निजी सहायक उप-महालेखाकार (ए०एम०जी०-I)
- 5 निजी सहायक उप-महालेखाकार (ए०एम०जी०-III)
- 6 वान्यभाग अधिकारी
- 7 ए०सीरीज फाईल

कार्यालय प्रधान महालेखाकार (लेखापरीक्षा), हिमाचल प्रदेश, शिमला -171003
OFFICE OF THE PR.ACCOUNTANT GENERAL(AUDIT)HIMACHAL
PRADESH,SHIMLA-171003

विषय: वर्ष 2026 के लिए माता - पिता//अन्य संबन्धियों की आश्रित घोषणा पत्र।

Subject: Declaration of dependency of family member's for the year 2026

कार्यालय आदेश संख्या: हकदारी/ल०प०/आश्रित/2026/356 दिनांक 09 /12/2025 के सन्दर्भ में मैं वर्ष 2026 में चिकित्सा/एल०टी०सी०/एच०टी०सी० में प्रभारों की प्रतिपूर्ति हेतु घोषणा करता/करति हूँ कि मेरे माता-पिता/बहन/विधवा बहन/विधवा पुत्री/नाबालिग भाई मुझ पर आश्रित हैं। जिसका ब्यौरा निम्नवत है:-

With reference to the office order no.Entt./A/Med./Dependency/2026/356 Dated 09.12.2025. 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 2026.

1.	आश्रित सदस्य/सदस्यों के नाम, आयु तथा सरकारी अधिकारी/ कर्मचारी के साथ उनका संबंध			
	क्र०सं०	नाम	आयु	सरकारी क्रमचारी के साथ संबंध
1.	.Name of the dependent with relation and their age			
	Sr.No.	Name	Age	Relation with Government servant
2.	आश्रित सदस्य/सदस्यों का आवासीय पता			
2.	Normal residential address of dependents			
3.	व्यवसाय			
3.	Occupation of dependents			
4.	गृह, भूमि तथा मूलरूप से संस्वीकृत पेंशन से मासिक आय (पेंशन सारांशीकरण तथा पेंशन राहत बिना)			
4.	“Monthly income from house, land and originally sanctioned pension (without pension commutation and without pension relief)			
5.	कर्तव्य स्थल पर सरकारी अधिकारी/ कर्मचारी के स्थानीय क्षेत्र का नाम तथा आवासीय पता			
5.	Residential address of the officer/employee			

6.	यदि आश्रित सदस्य अधिकारी/ कर्मचारी के साथ नहीं रहता /रहते हैं तो कारण सहित बताएं कि वह/वे किसके साथ रहते हैं	
6.	If the dependent family member is not residing with the officer/employee, please state the reason and specify with whom he/she/they is/are residing	
7.	यदि पति/पत्नी नौकरी करते हैं तो पति/पत्नी का नाम	
7.	If the husband/wife is employed, state the name of the husband/wife	
8.	पति/पत्नी का पदनाम, कार्यालय का नाम तथा पूर्ण डाकखाना	
8.	Designation and Postal Address of the Department	
9	पति/पत्नी का नाम, जो स्वयं, बच्चों तथा आश्रित सदस्य/बहन/विधवा बहन/विधवा पुत्री / नाबालिग भाई/ आश्रित माता-पिता चिकित्सा प्रभारों की प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत करूंगा/करूगी।	
9	Name of the spouse who will claim the medical Charges in respect of self, children and dependant Family members	

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

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.

भवदीय,

Yours faithfully,

हस्ताक्षर _____

Signature _____

अधिकारी/कर्मचारीकानाम _____

Name of Employee _____

पदनाम _____

Designation _____

अनुभाग _____

Section _____

मूलवेतन एवं लेवल _____

Pay Level & Basic Pay _____

पत्नी/पति के हस्ताक्षर

Signature of Wife/Husband

उक्त घोषणा के मामले में पृथक प्रपत्र प्रयुक्त किया जाए।

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

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*