



# दि.वि.प्रा. स्वर्ण जयंती आरोग्य योजना DDA S'varna Jayanti Aarogya Yojna

दिल्ली विकास प्राधिकरण Delhi Development Authority

## दिविप्रा पेंशनर के चिकित्सा पहचान पत्र हेतु आवेदन पत्र Application Form for Medical Identity Card for DDA Pensioners

नोट :- आवेदन पत्र को भरने से पहले अनुदेशों को ध्यानपूर्वक पढ़ें। आवेदन पत्र को काले/नीले बाल पेन से अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में भरें।

Note :- Read the application form carefully before filling the form in ENGLISH in CAPITAL LETTERS and in BLUE/BLACK ball point pen only

PASTE PASSPORT SIZE  
COLOURED PHOTO OF  
3.5 X 4.5 CM WITH WHITE  
BACKGROUND

1. नाम  
Name \_\_\_\_\_
2. पिता/पत्ने का नाम  
Father's/Husband's Name \_\_\_\_\_
3. सेवानिवृत्ति के समय पदनाम  
Designation at the time of retirement \_\_\_\_\_
4. जन्म तिथि  
Date of Birth (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- सेवानिवृत्ति की तिथि  
Date of Retirement (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. अंतिम मूल वेतन  
Last Basic Pay Drawn \_\_\_\_\_
- पेंशन पॉस्ट ऑर्डर नं.  
PPO No \_\_\_\_\_
- (Excluding Grade Pay)
6. आवासीय पता (पिन कोड सहित)  
Residential Address (along with pin code) \_\_\_\_\_
7. दूरभाष / Telephone/Mobile \_\_\_\_\_
8. दि.वि.प्रा. चिकित्सा पहचान पत्र संख्या व जारी करने की तिथि  
Number of existing DDA Medical Identity Card and date of issue \_\_\_\_\_
9. सेवकाल में लिये गये बायोमेट्रिक चिकित्सा कार्ड की संख्या व जमा करने की तिथि  
Number of existing Biometric Medical Card collected while in service and date of surrender \_\_\_\_\_
10. आधार संख्या  
Aadhar No \_\_\_\_\_

10. पेंशन वितरण कार्यालय (बैंक का नाम व बैंक खाता संख्या, शाखा का नाम एवं पता)  
Pension Disbursing Authority with address (Name of Bank, Bank Account No. and Branch Name)
- 
11. क्या आप किसी अन्य स्रोत से जैसे अपने कार्यरत पुत्र/पुत्री/माता-पिता के कार्यालय से आश्रित सदस्य के रूप में चिकित्सा सुविधा ले रहे हैं।  
Are you availing any medical facility as dependent of your son/daughter/parents etc
- 
12. (i) क्या पति/पत्नी केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/सांविधिक स्वायत्त निकाय/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम/स्थानीय निकाय/निजी संस्था में कार्य कर रहे हैं/कर रहे थे ?  
Whether spouse is/was working in Central Govt/State Govt/Statutory Autonomous Body/Public Sector Enterprise/local body/private organization ?
- 
- (ii) यदि हाँ, तो जीवन साथी के कार्यालय का पूरा नाम व पता  
If yes, mention complete name and address of the Spouse office
- 
- (iii) वह अपने कार्यालय में किस प्रकार की चिकित्सा सुविधा ले रहे हैं ?  
Whether medical facilities availing in that office?
- 
- (iv) क्या वे दि.वि.प्रा. चिकित्सा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाने के इच्छुक हैं ?  
Is he/she is willing to avail medical facilities under DDA Medical Scheme ?
- 
- (v) यदि हाँ, तो क्या आपने संयुक्त घोषणा प्रस्तुत कर दी है ?  
If yes, have you submitted the joint declaration ?
- 
- (vi) क्या वे/पति अथवा पत्नी/अन्य आश्रित किसी अन्य विभाग से चिकित्सा सुविधा का लाभ ले रहे हैं ?  
Whether he/spouse/other dependents is/are availing the medical facility from any other department
- 
13. क्या बच्चे पढ़ रहे हैं या नौकरी करते हैं ? (विवाहित कार्यरत बच्चे तथा 25 वर्ष से अधिक आयु के लड़कों को आश्रित नहीं माना जायेगा) (स्थायी विकलांगता से पीड़ित पुत्र के लिए आयु सीमा लागू नहीं है)  
Are your children studying or employed ? (Married employed children & sons more than 25 years of age shall not be treated as dependents) (Son Suffering from permanent disability irrespective of age limit are treated as dependents.)
- 
14. क्या माता/पिता आप पर आश्रित हैं ?  
Are your parents dependent on you ?
- 
15. (i) क्या वे आपके अथवा आपके परिवार के साथ रह रहे हैं और कब से रह रहे हैं ?  
(दस्तावेजी प्रमाण संलग्न करें)  
Are they living with you or your family and since when ?  
(Attach documentary proof)

(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb impression of Applicant

(ii) क्या वे किसी अन्य स्रोत से आश्रित सदस्य के रूप में चिकित्सा सुविधा ले रहे हैं ?  
Are they availing any medical facility as dependent from any other source ?

(iii) क्या वे पेंशनर हैं ?  
Are they pensioner ?

(iv) उनकी आय/आमदानी का समस्त स्रोतों से ब्यौरा  
Details of their income from all sources \_\_\_\_\_

**घोषणा Declaration**

1. मैं संतुष्टपूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे निम्नलिखित व्यक्ति कानूनी रूप से आश्रित हैं, जिनके फोटो नीचे लगे हुए हैं :-

I solemnly declare that I have the following legal dependent(s) whose photograph(s) is/are affixed below :-

Name of Dependent \_\_\_\_\_

Name of Spouse \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_



Name of Dependent \_\_\_\_\_

Name of Dependent \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_



(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb impression of Applicant

(4)

Name of Dependent \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Name of Dependent \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

5

PASTE  
PASSPORT  
SIZE PHOTO  
of 3.5 X 4.5 cm

6

PASTE  
PASSPORT  
SIZE PHOTO  
of 3.5 X 4.5 cm

Name of Dependent \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Name of Dependent \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

7

PASTE  
PASSPORT  
SIZE PHOTO  
of 3.5 X 4.5 cm

8

PASTE  
PASSPORT  
SIZE PHOTO  
of 3.5 X 4.5 cm

(आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb impression of Applicant

2. मेरे आश्रित पिताजी और माताजी की कुल मासिक आय (मकान/अन्य अचल सम्पत्ति जमा आदि सहित सभी स्रोतों से) 3500/- रु. से कम है

That the total monthly income (from all sources including income from house/other immovable property/fixed deposit etc) of my dependent father and/or dependent mother is less than Rs. 3500/-

3. मेरा बच्चा/बच्चे मुझ पद आश्रित है और वह/वे पति माह 3500/- रु. या उससे अधिक नहीं कमाता/कमाते है तथा मेरी पुत्री/पुत्रियाँ अविवाहित हैं। मेरा/मेरे पुत्र 25 वर्ष से कम आयु का है /हैं।

That my child/children is/are dependant on me and is/are NOT earning Rs. 3500/- or more per month & that my daughter(s) is/are NOT married. That age of my son/sons is/are not more than 25 years.

4. मेरे आश्रितों की स्थिति में किसी भी परिवर्तन (मृत्यु, विवाह, रोजगार) के मामले में, मैं लेखाधिकारी (चिकित्सा) को शीघ्रतिशीघ्र सूचित करूँगा और डी.डी.ए. की चिकित्सा सुविधाओं का लाभ लेना बन्द कर दूँगा। मैं ऐसे किसी भी उस उपचार की पूरी लागत वापस कर दूँगा, जो मेरे आश्रित में अपात्र होने के बाद प्राप्त की है। यदि मैं ऐसा करने में असफल रहता हूँ तो मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाए।

That in case of any change in the status of my dependents (due to death, marriage, employment), I will inform Senior AO (Medical) at the earliest and will stop availing DDA Medical facilities. I will refund in full, the cost of any treatment that my dependent may have received after he/she became ineligible. I shall be liable for disciplinary action should I fail to do so.

5. मैं केन्द्र सरकार, सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम अथवा किसी अन्य निजी संस्थान व सरकार द्वारा निधि प्राप्त उपक्रम अथवा किसी अन्य चिकित्सा योजना को सदस्य नहीं हूँ।

That I am NOT a member of any other medical scheme funded by Central Govt. PSU or any other Pvt./Govt. organization.

6. मेरे पति/पत्नी अथवा अन्य आश्रित सदस्य किसी केन्द्र सरकार/राज्य सरकार के चिकित्सा योजना का सदस्य नहीं है।

That my spouse & dependent family members(s) is NOT a member of CGHS or any other Govt. Medical Scheme.

7. मैं समझता/समझाती हूँ कि यदि मैंने कोई गलत सूचना प्रस्तुत कर दी है अथवा मैंने डी.डी.ए. के किसी चिकित्सा पहचान पत्र का दुरुप्रयोग किया है अथवा किसी अनाधिकृत व्यक्ति ने उसका उपयोग किया है, तो मेरी सदस्यता कोई नोटिस दिए बिना अथवा आगे बिना किसी सुनवाई के रद्द कर दी जाएगी। इसके अतिरिक्त मैं ऐसे अनाधिकृत व्यक्ति/व्यक्तियों पर किए जाने वाले सम्पूर्ण खर्च/लागत का भुगतान करूँगा। डी.डी.ए. द्वारा मेरे विरुद्ध कानूनी कार्रवाई की जा सकती है। मैं अपने डी.डी.ए. चिकित्सा पहचान पत्र के गुम हो जाने पर उसकी सूचना तत्काल चिकित्सा कक्ष डी.डी.ए. को दूँगा/दूँगी।

I understand that in case I have submitted any incorrect information, or if my DDA Medical Identity Card is misused, or used by any unauthorized person, my membership will be cancelled without any notice or further hearing. In addition, I will pay the entire cost of expenditure incurred on such unauthorized person(s). I will also be liable for legal action by the DDA. I will also immediately report the loss of my DDA Medical Identity Card to the Medical Cell DDA.

(आवेदक व हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान) Signature OR Thumb impression of Applicant

(6)

Following contributions has/have been paid by me. Copies of receipt are attached.

S. No.	Receipt No.	Date	Amount	Remarks (Receipt attached/not attached)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**VERIFICATION**

- (a) Medical contribution of Rs. .... has been paid by above named pensioner vide cash receipt has been verified from the records/receipts.
- (b) Further the entitlement of the member included in this card has been checked strictly as per DDA medical scheme/CS (MA) Rules.

Entitled to Category :-      Private      /      Semi-Private      /      General Ward

AD Medical/Sr. AO (Medical)

**For Office Use Only**

Card No \_\_\_\_\_ Issued on \_\_\_\_\_