

भा.कृ.अनु.प.-केन्द्रीय कटाई-उपरान्त अभियांत्रिकी एवं प्रौद्योगिकी संस्थान
डाक घर: पी.ए.यू ., लुधियाना (पंजाब) -141004

वर्ष 2022 के लिए निर्भरता प्रमाण पत्र

1. नाम :
2. पद का नाम:
3. दिनांक के साथ वर्तमान मूल वेतन
4. पता:
वर्तमान निवास का पता/ स्थानीय पता
घर का पता:
गृह नगर का घोषित नाम:

क्र.सं.	पूर्ण रूप से निर्भर परिवार के सदस्यों के नाम (श्री/श्रीमती/मिस	उम्र और संबंध	चाहे स्थानीय पते पर अधिकारी के साथ रहे हैं। यदि कभी-कभी निवास करते हैं या नहीं रहते हैं, तो उसका विशिष्ट उल्लेख करें।	सभी स्रोतों से परिवार के सदस्य की मासिक आय
---------	---	---------------	---	--

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि उपरोक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और के अनुसार सही है। कुछ भी छुपाया नहीं गया है। यदि उपरोक्त में से कोई भी जानकारी इस वर्ष के दौरान गलत पाई जाती है। इसके लिए जिम्मेदार ठहराया जाएगा और अवगत होगा कि तदनुसार कार्रवाई की जाएगी।

दिनांक:

स्थान:

(आवेदक के हस्ताक्षर)

नोट: एक वैध बच्चा या सौतेला बच्चा/माता-पिता/बहन/नाबालिग भाई जो पदधारी के साथ रहता है और जिनकी पेंशन सहित सभी स्रोतों से आय (पेंशन में अस्थायी वृद्धि सहित) और डीसीआरजी लाभों के समतुल्य पेंशन और बच्चों के वजीफा और छात्रवृत्ति के मामले में आदि) 9000/- पी.एम. रुपये से अधिक नहीं है। पदधारी पर "पूरी तरह से निर्भर" होने की मांग की जा सकती है।

चिकित्सा व्यय/छुट्टी यात्रा रियायत/बच्चों की शिक्षा भत्ता की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए संयुक्त
घोषणा

(यदि पति और पत्नी दोनों सरकारी कर्मचारी हैं)

पति द्वारा घोषणा

मैं....., एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरी पत्नी श्रीमती.....में कार्यरत है.....के रूप में.....मैंने यह भी घोषणा की कि मैं अपने कार्यालय/पति/पत्नी के कार्यालय से अपने और अपने परिवार के सदस्यों के लिए चिकित्सा सुविधाओं, छुट्टी यात्रा रियायत, बच्चों और शिक्षा भत्ता आदि जैसे सभी लाभों का लाभ उठाऊंगा, जैसा कि नीचे उल्लेख किया गया है।

क्र. सं.	नाम	रिश्ता
1.		
2.		
3.		
4.		

कर्मचारी के हस्ताक्षर.....

पदनाम.....

दिनांक.....

पत्नी द्वारा घोषणा

मैं....., एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरी पति श्री.....में कार्यरत है.....के रूप में.....मैंने यह भी घोषणा की कि मैं अपने कार्यालय/पति/पत्नी के कार्यालय से अपने और अपने परिवार के सदस्यों के लिए चिकित्सा सुविधाओं, छुट्टी यात्रा रियायत, बच्चों और शिक्षा भत्ता आदि जैसे सभी लाभों का लाभ उठाऊंगा, जैसा कि नीचे उल्लेख किया गया है।

क्र. सं.	नाम	रिश्ता
1.		
2.		
3.		
4.		

कर्मचारी के हस्ताक्षर.....

पदनाम.....

दिनांक.....

CENTRAL INSTITUTE OF POST HARVEST ENGINEERING & TECHNOLOGY
P.O: PAU CAMPUS, LUDHIANA – 141 004.

DEPENDENCY CERTIFICATE FOR THE YEAR 2022

1. Name :
2. Designation :
3. Present Basic Pay with date of next increment :
4. Address :-
 1. Present residential/ Local address :
 2. Name of Home address :
 3. Name of Home town declared :

Sr. No.	Name of family Member Wholly dependent	Age & Relation	Whether residing with the officer at the Local address (If residing only occasionally or not residing, make a specific mention thereof)	Monthly Income of family member from all sources
---------	--	----------------	---	--

I do hereby declare that the above information is correct to the best of my knowledge and nothing has been concealed. In case any of the above information is found wrong during this year I shall be held responsible for the same and aware that action will be taken accordingly.

Place:

Date:

(Signature of Applicant)

Note: A legitimate child or step-child/parent/sister/minor brother who resides with the incumbent and whose income from all sources including pension (inclusive of temporary increase in pension and pension equivalent of DCRG benefits ; and in the case of children stipend and Scholarship etc.) does not exceed Rs. 9000/- p. m. may be demand to be “wholly dependent” upon the incumbent.

JOINT DECLARATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES/LEAVE TRAVEL
CONCESSION/CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE
(IN CASE BOTH HUSBAND & WIFE ARE GOVT. EMPLOYEES)

DECLARATION BY HUSBAND

I _____, hereby declare that my spouse, Smt. _____ is working in _____ as _____. I also declare that I will avail all the benefits such as Medical Facilities, Leave Travel Concession, Children Education Allowance, etc. from my office/ from the office of my spouse for myself and my family members as mentioned below:

Sr. No.	Name	Relationship
1.		
2.		
3.		
4.		

Signature of Employee _____

Designation _____

Date _____

DECLARATION BY WIFE

I _____, hereby declare that my spouse, Shri _____ is working in _____ as _____. I also declare that I will avail all the benefits such as Medical Facilities, Leave Travel Concession, Children Education Allowance, etc. from my office/from the office of my spouse for myself and my family members as mentioned below:-

Sr. No	Name	Relationship
1.		
2.		
3.		
4.		

Signature of Employee _____

Designation _____

Date _____