

S.D. Sharma, IFS  
Secretary, ICFRE



Phones: -0135-2758614(O)  
0135-2752173(R)  
FAX No. 0135-275029

Email: sudhanshu@icfre.org

**INDIAN COUNCIL OF FORESTRY RESEARCH & EDUCATION**  
(An Autonomous Body of the Ministry of Environment & Forests, Govt. of India)  
**P.O. New Forest, Dehradun – 248 006**

No. 57-20/2012ICFRE

Dated the 1st March, 2013

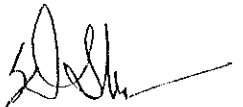
**CIRCULAR**

Sub : Implementation of Indian Council of Forestry Research and Education Pensioners Health Scheme (ICFREPHS).

For the implementation of the Indian Council of Forestry Research and Education Pensioners Health Scheme (ICFREPHS), the Director General, ICFRE had constituted a committee for setting up the modalities etc. As a part of process, the Chairman of the Committee has submitted draft formats of following documents :

1. Application for ICFREPHS Card for the Pensioners of ICFRE.
2. ICFREPHS Card.

The abovementioned draft formats are circulated herewith, for favour of suggesting modifications etc., if any, before finalization of the same.

  
(S.D. Sharma),  
Secretary,

Indian Council of Forestry Research & Education.

1. All Directors of Institute/Head of Centres under ICFRE.
2. DDG(Admin.), ICFRE
3. All the Staff Associations.
4. DDO (ICFRE)/Under Secretary, Pension Cell, ICFRE.
5. Administrative Officer, DG Office.
6. Guard File.

सेवा में रहते हुए चिकित्सा पहचान कार्ड सं० / Medical Identity card No. while in service  
 भारतीय चिकित्सा अनुसंधान एवं शिक्षा परिषद के पेंशनरों के लिये मावाअधिप स्वास्थ्य योजना कार्ड हेतु आवेदन पत्र  
 APPLICATION FOR ICFREPHS CARD FOR PENSIONERS OF ICFRE  
 फॉर्म (ए) / Form (A)

1. आवेदक का नाम / Name of the Applicant.....
2. श्रेणी / Category ..... पेंशनर / Pensioners ..... अन्य Other (कृपया उल्लेख करें (PI-Specify))
3. विभाग संस्थान सेवा का नाम जहाँ से सेवा निवृत्त हुए .....  
 Name of the Department Institute/Service from where retired.....
4. पद एवं वेतनमान जिससे सेवानिवृत्त हुए / Post and Pay scale from which retired.....
5. अंतिम वेतन / Last Pay मूल पेंशन / Basic pension.....  
 (पेंशनर के मामले में / in case of pensioners) पूर्व संशोधित / Pre revised.....
6. आवासीय पता / Residential Address.....
7. दूरभाष सं० / Telephone Number:  
 (आ / R)..... (मो० / M).....
8. ई-मेल आई डी / e-mail ID.....
9. अतिवृत्ति की तिथि / Date of Superannuation दिनांक / Date ..... माह / Month ..... वर्ष / Year
10. परिवार का ब्यौरा / Details of Family  
 (\* यह काल्पनिक भरणे से पहले परिवार की परिभाषा देखें / Please see definition of Family before filling  
 up this column)

क्र०सं० S.No.	परिवार के सदस्यों के नाम / Name of Family members	मावाअधिप कार्डधारी के साथ संबंध / Relationship to ICFREPHS Card Holder*	जन्म तिथि / Date of Birth (अनिवार्य / Compulsory)	रक्त ग्रुप / Blood Group (ऐच्छिक / optional)

(\* कृपया उपरलिखित व्यक्तियों के आयु का प्रमाण साथ लगाएं / Please attach proof of age of persons mentioned above)

11. क्या ऊपर जिन व्यक्तियों के नाम दिए गए हैं वे आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रहते हैं? : हाँ / नहीं  
 Yes/No  
 (कृपया उनका आपके साथ रहने का प्रमाण साथ लगाएं जैसाकि राशन कार्ड / निर्वाचन पहचान पत्र / वासपोर्ट / वॉलेज / रकृत / विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र / बैंक की पास बुक आदि की प्रति)  
 Please attach proof of their staying with you, like copy of Ration Card/Election ID/Passport/Identity Card issued by college/school/University/Bank Pass Book, etc.)

12 नीचे दिए गए स्थान पर (खंड सहित) परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम (दोनों भाषाओं में) आपके परिवार 'क' भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं कि पहचान पत्र के आवरण की एक फोटोग्राफ चिपकाएं (नाम दोनों भाषाओं में लिखें) Paste one ID card size of Photograph of each member of Family (including self) whose names are proposed to be included as part of your family in the space given below (Names should be written in both the languages):

क्र.सं० S.No..... नाम Name	क्र.सं० S.No..... नाम Name	क्र.सं० S.No..... नाम Name	क्र.सं० S.No..... नाम Name
क्र.सं० S.No..... नाम Name	क्र.सं० S.No..... नाम Name	क्र.सं० S.No..... नाम Name	क्र.सं० S.No..... नाम Name

13 खंड सहित परिवार के सभी आश्रित सदस्यों की भुप फोटो की तीन प्रतियां संलग्न करें  
Attach three Joint Photograph of dependent family members (including self)

14. मावाअश्रित स्वस्थ योजना हेतु अवधि का विकल्प / Option of duration for availing ICFREPHS

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदन पत्र में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदण्ड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं मावाअश्रित स्वास्थ्य योजना को तत्काल सूचित करूंगा। यदि मैं सूचित करने में असफल होता हूँ और यदि मावाअश्रितस्वास्थ्य को बदलाव के बारे में पता लग जाता है तो मावाअश्रित द्वारा मावाअश्रित स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं वापिस लीं ली जाएंगी और मावाअश्रित और/या सूचित प्राधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई कर सकता है।

I undertake to intimate to ICFREPHS immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate and if the ICFRE comes to know of the change then the ICFREPHS facility is liable to be withdrawn by the ICFRE and the ICFRE and/or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

मैं वचन देता हूँ कि मावाअश्रित स्वास्थ्य योजना की सुविधा की पात्रता न होने पर, मैं मावाअश्रित स्वास्थ्य योजना कार्ड सौंप दूंगा।

I undertake to surrender the ICFREPHS Card(s) on ceasing to be eligible for ICFREPHS benefits.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सूचना जाँच करने पर ठीक पाई गई और कोई सूचना छुपाई नहीं गई है या गलत तरीके से नहीं दी गई है और मैं इसके लिए पूर्ण जिम्मेदार हूँ।

I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

अनुत्पन्नक/Encl : आवासीय/आश्रितों के साथ रहने का प्रमाण / Proof of Residence/Stay of dependents.  
पुत्र की आयु का प्रमाण/विकलांगता प्रमाण पत्र / Proof of age of son/Disability certificate  
सेवा में रहते हुए के चिकित्सा पहचान कार्ड के समर्पण का प्रमाण पत्र / Surrender Certificate of Medical Identity Card while in service  
कैशियर तथा अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की अनुप्रमाणित प्रतियां / Attested copies of FPO & Last Pay Certificate

अदाकर्ता बैंक.....की शाखा.....पर आहरित रु0.....के  
लिये डिगण्ड ड्राफ्ट No...../पोस्टल ऑर्डर सं0.....  
दिनांक.....रॉलनग है ।

Enclosed DD bearing No.....dated.....drawn on Bank.....  
Branch...../Postal Orders No.....for Rs.....

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

सेवा में / To

उप महानिदेशक (प्रशासन), भा0वा0310शि0प0, पो0ओ0 न्यू फॉरेस्ट, देहरादून-248006  
The DDG (Admin), ICFRE, P.O. New Forest, Dehradun - 248006

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता, भा0वा0310शि0प0 स्वास्थ्य योजना (मुख्यालय) द्वारा सत्यापित  
...../...../...../ तक वैध /आजीवन काल के लिये

Verified by Authorized Signatory, ICFRE (HQ) valid upto...../...../...../For Rest of Life

अवधित सम्पूर्ण स्वास्थ्य केन्द्र / ICFREPHS Wellness Centre Affiliated.....  
भा0वा0310शि0प0स्वा0यो0 द्वारा भर जाए / to be filled by ICFREPHS

पात्रता:	जनरल वार्ड /	सीमी-प्राइवेट वार्ड	/ प्राइवेट वार्ड
Entitlement	General Ward/	Semi Private Ward	/ Private Ward

हस्ताक्षर / Signature