



## सर गंगा राम अस्पताल : नई दिल्ली

### जीवन प्रमाण पत्र

#### भाग क

(यह फार्म कर्मचारी द्वारा प्रत्येक वर्ष फरवरी माह में एच आर विभाग में जमा कराया जाए)

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमति ..... पूर्व कर्मचारी का पद :  
..... (कर्मचारी कृमांक संख्या : GAA/GAB ..... ) को प्रत्यक्ष देख लिया है तथा वह जीवित  
हैं ।

अधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर (केवल फरवरी माह में यह फार्म भरा व हस्ताक्षर किया जाए)	:	
अधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर का नाम	:	
अधिकृत व्यक्ति का पद (पटवारी / बैंक मैनेजर / गैजेटेड अधिकारी)	:	
अधिकृत व्यक्ति की मुहर	:	
दिनांक	:	स्थान

#### भाग ख

( यह फार्म स्वर्गीय कर्मचारी के जीवनसाथी /माता / पिता द्वारा प्रत्येक वर्ष फरवरी माह में एच आर विभाग में जमा कराया जाए )

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमति ..... जो कि भूतपूर्व कर्मचारीः स्वर्गीय  
श्री/श्रीमति..... ( स्वः कर्मचारी का पद : ..... तथा स्वः  
कर्मचारी की कृमांक संख्या : GAA/GAB ..... ) के जीवनसाथी / माता / पिता हैं को प्रत्यक्ष देख लिया है तथा वे जीवित हैं ।

अधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर (केवल फरवरी माह में यह फार्म भरा व हस्ताक्षर किया जाए)	:	
अधिकृत व्यक्ति का नाम	:	
अधिकृत व्यक्ति का पद (पटवारी / बैंक मैनेजर / गैजेटेड अधिकारी)	:	
अधिकृत व्यक्ति की मुहर	:	
दिनांक	:	स्थान



पूर्व कर्मचारी / स्वर्गीय कर्मचारी के जीवनसाथी अथवा माता अथवा पिता अथवा परिवार के वरिष्ठ सदस्य द्वारा भरा जाए

पूर्व कर्मचारी का GA कोड	:	
कर्मचारी का नाम	:	
पता	:	
मोबाइल नं :	:	
ईमेल पता	:	

मैडिकल कार्ड के अनुसार अश्रितों के नाम

नं :	अश्रितों के नाम / आधार कार्ड नं : / पैन कार्ड नं :	संबंध	विवाहित / अविवाहित	कार्यरत / बेरोजगार	जीवित / मृत	यदि देहांत हो गया हो तो देहांत की तिथि बताएँ
1	----- -----					
2	----- -----					
3	----- -----					
4	----- -----					
5	----- -----					

पूर्व कर्मचारी के हस्ताक्षर / स्वर्गीय कर्मचारी के जीवनसाथी  
अथवा माता अथवा पिता अथवा परिवार के वरिष्ठ सदस्य के हस्ताक्षर

पूर्व कर्मचारी / स्वर्गीय कर्मचारी के आश्रित से निवेदन है कि इस फार्म के साथ अस्पताल द्वारा जारी किए गए मैडिकल कार्ड की फोटोकॉपी संलग्न करे तथा आश्रितों की वास्तविक स्थिति का वर्णन करे