

Form for availing Medical Facilities under central Government Health Scheme or Fixed Medical Allowance after retirement.

1. I reside/will be residing at the following address:			
Flat/House No/Bldg. Name		Street/Locality	
Village & Post Office/Block		City & District	
State		Pin Code	

2. I opt the following facility:		(Please tick any one of the following)
i. I will be residing in a CGHS area and would be availing CGHS facility		<input type="checkbox"/>
ii. I will be residing in a CGHS area but would not be availing CGHS facility. I understand that I will not be eligible for Fixed Medical Allowance (FMA)		<input type="checkbox"/>
iii. I will be residing in non-CGHS area but would be availing CGHS facility for In – Patient Department (IPD) and Out-patient Department (OPD) treatment. I will not be eligible for FMA		<input type="checkbox"/>
iv. I will be residing in a non-CGHS area but would be availing CGHS facility for IPD treatment only by payment of CGHS contributions. I will also avail FMA for OPD treatment		<input type="checkbox"/>
v. I will be residing in a non-CGHS area and would not be availing CGHS facility for both IPD treatment and OPD treatment. I will avail FMA.		<input type="checkbox"/>
vi. I will avail medical facilities available to spouse/family members who is an employees/pensioner of Government/ PSU/Autonomous Body. I will not avail CGHS facility and FMA		<input type="checkbox"/>
vii. Avail medical facility of previous organization. I will not avail CGHS facility and FMA		<input type="checkbox"/>
This is my one time change in option as provided in the Rules and it supersedes the earlier option given by me. I understand that I shall not be able to change this option again (Strike out this item if not applicable).		

Name of the retiring employee/pensioner:		Mobile No.	
--	--	------------	--

--

(Signature of head of office)

--

(Signature of applicant)

सेवानिवृत्ति के बाद केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना के तहत चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाने या निश्चित चिकित्सा भत्ता प्राप्त करने के लिए फॉर्म।

1. मैं निम्नलिखित पते पर रहता/रहता/रहूंगी:			
फ्लैट/मकान संख्या/भवन का नाम		गली/मुहल्ला	
ग्राम एवं डाकघर/ब्लॉक		सिटी डिस्ट्रिक्ट	
राज्य		पिन कोड	

2. मैं निम्नलिखित सुविधा का विकल्प चुनता/चुनती हूँ: (कृपया निम्नलिखित में से किसी एक पर निशान लगाएं)

i. मैं सीजीएचएस क्षेत्र में रहूँगा/रहूँगी और सीजीएचएस सुविधा का लाभ उठाऊँगी/उठाऊँगी।	<input type="checkbox"/>
ii. मैं सीजीएचएस क्षेत्र में रहूँगा/रहूँगी, लेकिन सीजीएचएस सुविधा का लाभ नहीं उठाऊँगी/उठाऊँगी। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं निश्चित चिकित्सा भत्ता (एफएमए) के लिए पात्र नहीं हूँगा/पाऊँगी।	<input type="checkbox"/>
iii. मैं गैर-सीजीएचएस क्षेत्र में रहूँगा/रहूँगी, लेकिन इन पेशेंट डिपार्टमेंट (आईपीडी) और आउट पेशेंट डिपार्टमेंट (ओपीडी) उपचार के लिए सीजीएचएस सुविधा का लाभ उठाऊँगी/उठाऊँगी। मैं एफएमए के लिए पात्र नहीं हूँगी।	<input type="checkbox"/>
iv. मैं गैर-सीजीएचएस क्षेत्र में रहूँगा/रहूँगी, लेकिन केवल सीजीएचएस अंशदान का भुगतान करके आईपीडी उपचार के लिए सीजीएचएस सुविधा का लाभ उठाऊँगी/उठाऊँगी। मैं ओपीडी उपचार के लिए एफएमए का भी लाभ उठाऊँगी/उठाऊँगी।	<input type="checkbox"/>
v. मैं गैर-सीजीएचएस क्षेत्र में रहूँगा और आईपीडी और ओपीडी दोनों तरह के उपचार के लिए सीजीएचएस सुविधा का लाभ नहीं उठाऊँगा। मैं एफएमए का लाभ उठाऊँगा।	<input type="checkbox"/>
vi. मैं सरकारी/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम/स्वायत्त निकाय के कर्मचारी/पेंशनभोगी पति/पत्नी/परिवार के सदस्यों को उपलब्ध चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाऊँगा। मैं सीजीएचएस सुविधा और एफएमए सुविधा का लाभ नहीं उठाऊँगा।	<input type="checkbox"/>
vii. मैं अपने पूर्व संगठन की चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाऊँगा। मैं सीजीएचएस और एफएमए सुविधा का लाभ नहीं उठाऊँगा।	<input type="checkbox"/>

नियमों के अनुसार यह मेरा एक बार का विकल्प परिवर्तन है और यह मेरे द्वारा पहले दिए गए विकल्प को रद्द करता है। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं इस विकल्प को दोबारा नहीं बदल पाऊँगा/पाऊँगी। (यदि लागू न हो तो इस बिंदु को काट दें।)

सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारी/पेंशनभोगी का नाम:		मोबाइल नहीं है।	
--	--	-----------------	--

(कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर)

(आवेदक के हस्ताक्षर)