

भा.कृ.अनु.प.-केंद्रीय मात्स्यिकी शिक्षा संस्थान
ICAR – CENTRAL INSTITUTE OF FISHERIES EDUCATION
 पंच मार्ग, ऑफ यारी रोड, वर्सोवा, अंधेरी (पश्चिम), मुंबई – 400061
 Panch Marg, Off yari Road, Versova, Andheri (West), Mumbai – 400061

परिवार घोषणा प्रपत्र/FAMILY DECLARATION FORM
(छुट्टी यात्रा रियायत और चिकित्सा सुविधा के लिए/For Leave Travel Concession and Medical Facility)

मैं _____ एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरे परिवार के सदस्य निम्नलिखित हैं, जो पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं।

I _____ hereby declare that the following are members of my family, who are wholly dependent on me.

परिवार के सदस्यों का विवरण/DETAILS OF FAMILY

- (i) सरकारी कर्मचारी, पति/पत्नी, बच्चे (पुत्र, पुत्री), सौतेले बच्चे
 Government Servant, Spouse, Children (Son, Daughter), Step Children

क्र.सं. Sl.No.	नाम/Name	रिश्ता Relationship	जन्म तिथि Date of Birth	व्यवसाय Occupation	टिप्पणी Remarks

- (ii) आश्रित पिता, माता/नाबालिग भाई/बहन/विधवा पुत्रियाँ/विधवा बहनें, जो मेरे साथ रहते हैं।
 Dependent Father, Mother/Minor Brothers/Sisters/Widowed Daughters/Widowed Sisters, residing with me

क्र.सं. Sl.No.	नाम/Name	रिश्ता Relationship	जन्म तिथि Date of Birth	व्यवसाय Occupation	टिप्पणी Remarks

वचन पत्र / UNDERTAKING

मैं वचन देता हूँ कि/ I undertake that:-

- आश्रित होने का दावा करने वाले बच्चों/सौतेले बच्चों की आय 9000/- रुपये प्रति माह से अधिक नहीं है।
 The Children/step children claimed to be dependent do not have income exceeding Rs. 9000/- per month.
- माता-पिता की पेंशन (पेंशन में अस्थायी वृद्धि और डीसीआरजी लाभ के समतुल्य पेंशन सहित) सहित सभी स्रोतों से आय 9000/- रुपये प्रति माह से अधिक नहीं है। (यदि माता/पिता में से किसी एक की उपरोक्त आय है, तो वे दोनों आश्रित श्रेणी में आएंगे)।
 The income of parents from all sources including pension (inclusive of temporary increase in pension and pension equivalent of DCRG benefits) does not exceed Rs. 9000/- per month. (If anyone, mother/father, has the said income, both of them will come under dependents category).
- मेरे पिता/माता पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं तथा मेरी विधवा बहनों/अविवाहित बहनों की आय सभी स्रोतों से प्रति व्यक्ति 9000/- रुपये प्रतिमाह से अधिक नहीं है।
 My father/mother is wholly dependent on me and income of my widowed sisters/unmarried sisters does not exceed Rs. 9000/- per month from all sources for each person.

4. उपर्युक्त व्यक्तियों में से किसी की स्थिति में कोई परिवर्तन होने पर, जो पात्रता को प्रभावित करता है, मैं इसकी सूचना कार्यालय प्रमुख को तुरंत दूंगा।

In the event of any change in the status of any of the above mentioned persons, which effects the eligibility. I shall inform the Head of Office immediately about the same.

5. मैं घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा ऊपर दिए गए तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही हैं। यदि भविष्य में यहाँ दिए गए तथ्यों में से कोई भी तथ्य गलत पाया जाता है, तो मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।

I hereby declare that the facts given by me above are to the best of my knowledge, correct. If any of the facts herein mentioned are found to be incorrect or false at a future date, I shall be liable for disciplinary action.

दिनांक/Date :

अग्रेषित/FORWARDED

(कार्यालय प्रमुख/Head of Office)

हस्ताक्षर/Signature: _____

नाम/Name: _____

पदनाम/Designation: _____

विभाग/Department: _____

कर्मचारी सं./Employee No.: _____