



**OFFICE OF THE PRINCIPAL COMMISSIONER OF CUSTOMS
CUSTOM HOUSE :: PORT AREA: : VISAKHAPATNAM- 530035**

F.No.S.5/172/2015-Accts.

Date: 07.03.2017.

CIRCULAR

Sub.: Accts. – Instructions for application for CGHS card – Reg.
|

It is to bring to the knowledge of all the officers and staff working under the Office of the Principal Commissioner of Customs, Custom House, Visakhapatnam that Government of India have decided to open a new Central Government Health Service (CGHS) Dispensary in Visakhapatnam. It is mandatory for all the employees working under Custom House, Visakhapatnam to avail the CGHS facility. Hence, all the officers/staff working under the office of the Principal Commissioner of Customs, Visakhapatnam are hereby requested to submit the Application in form-A for CGHS card (specimen copy available in Custom House website). The form should be completely filled up with individual photographs pasted as specified in the form.

2. Following documents need to be enclosed while submitting the application form:-

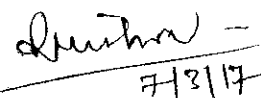
- i) Application form duly filled and verified
- ii) Photographs of all family members who are eligible for CGHS benefits
- iii) Proof of residence.
- iv) Proof of stay of dependents.
- v) Proof of age of son.
- vi) In case of differently disabled dependent son above 25 years, disability certificate from competent authority as specified. [Son is eligible till he starts earning or attains the age of 25 years or gets married whichever is earlier. However, in case the son is suffering from any permanent disability of any kind (physical or mental) he is eligible for CGHS benefits even after 25yrs. Daughter is eligible till she starts earning, or gets married, whichever is earlier (irrespective of age)].

3. The monthly subscription will be deducted from the month of April, 2017 onwards from the Pay & Allowances of officers for availing CGHS facilities basing on the pay matrix level as per the 7th CPC. The details are as under:-

Sl. No.	Corresponding Levels in the Pay matrix as per 7 th CPC	Contribution (Rs. Per month)
01	Level : 1 to 5	250
02	Level : 6	450
03	Level : 7 to 11	650
04	Level : 12 and above	1000

4. Hence, duly filled in application in Form-A may be submitted to Accounts Section along with all the above said 6 relevant documents on or before 31.03.2017 positively, in order to take steps to issue CGHS Card in time.

This issues with the approval of Commissioner.


7/3/17

**(SUDHAKAR MISHRA)
ADDL. COMMISSIONER OF CUSTOMS**

To

1. All officers / staff
2. Notice Board
3. Supdt.(EDI) - for uploading in website.

कृपया उपरोक्त दर्शाए गए सभी सदस्यों के आयु संबंधी प्रमाण-पत्र संलग्न करें
(Please attach proof of age of persons mentioned above)

16. क्या ऊपर जिन व्यक्तियों के नाम दिए गए हैं वे आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रहते हैं?

Are all the persons whose names are given above are dependant upon you and are residing with you?....
(कृपया उनका आपके साथ रहने का प्रमाण साथ लगाएं जैसाकि राशन कार्ड / निर्वाचन पहचान

पत्र/पास पोर्ट/ कालेज/स्कूल/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/Pass Port/Identity Card

issued

by college/school/University/Bank Pass Book, etc)

17. नीचे दिए गए स्थान पर (स्वयं सहित) परिवार के प्रत्येक सदस्य जिनके नाम आपके परिवार के भाग के रूप में सम्मिलित किए जाने हैं की पहचान पत्र आकार 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):

कसं०S.No.....	कसं०S.No.....	कसं०S.No.....	कसं०S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name
कसं०S.No.....	कसं०S.No.....	कसं०S.No.....	कसं०S.No.....
नाम	नाम	नाम	नाम
Name	Name	Name	Name

मैं वचन देता हूँ कि इस आवेदन फार्म में सम्मिलित मेरे परिवार के सदस्यों के आश्रित मानदण्ड में यदि कोई बदलाव आता है तो मैं केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को तत्काल सूचित करूंगा। यदि मैं सूचित करने में असफल होता हूँ और यदि केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना को बदलाव के बारे में पता लग जाता है तो के.स. स्वा.यो द्वारा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं वापिस ले ली जाएंगी और केसस्वायो और/या उचित प्राधिकारी को छूट होगी वह मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई कर सकता है।

I undertake to intimate to CGHS 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 CGHS comes to know of the change then the CGHS facility is liable to be withdrawn by the CGHS and the CGHS and/or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

मैं वचन देता हूँ कि मेरे स्थानांतरण, सेवा-निवृत्ति, बर्खास्तगी, पद त्यागने पर मंत्रालय/कार्यालय छोड़ने या केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधा की पात्रता न होने पर, मैं के०स०स्वा०यो० कार्ड सौंप दूंगा।

I undertake to surrender the CGHS Card(s) on my leaving the Ministry/Office on transfer, Retirement, termination, resignation; or on ceasing to be eligible for CGHS 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 रूप से 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.

अनुलग्नक / 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 केसस्वायो कार्ड के समर्पण का प्रमाण पत्र / Surrender Certificate of CGHS Card while in service

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

(सेवारत कर्मचारियों के मामले में प्रायोजक प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा)
आवेदक द्वारा दी गई सूचना सत्यापित कर ली गई है और ठीक पाई गई है।

यह सिफारिश की जाती है कि..... मंत्रालय/विभाग/संगठन में
कार्यरत श्री/श्रीमति/कुमारी.....पदनाम.....को
केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी किया जाए। संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिये गये हैं कि
आवेदक के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटना शुरू कर दिया जाए/आवेदक
के वेतन से हर माह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटा जाता है। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया
है।

सं०.....
दिनांक.....

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी का नाम
पदनाम(मोहर सहित)
टेलीफोन नम्बर.....

सेवा में

संबंधित शहरों के अपर-निदेशक /संयुक्त निदेशक केसस्वायो

(To BE FILLED BY THE SPONSORING AUTHORITY IN CASE OF SERVING EMPLOYEES)

The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommended
that a CGHS Card be issued to Shri/Smt/Km.....

Designation.....working in this Ministry/ Department/ Organization. Instructions
have been issued to the concerned Division to start deducting CGHS Subscriptions every month from the
salary of the applicant/ CGHS Subscriptions are deducted every month from the salary of the applicant. I
am authorized sponsoring authority for the issue of CGHS Card and approval of the Competent Authority
has been obtained.

No.....

Date.....

Signature & Name of the Sponsoring Authority
Designation(Stamp) with Tel. Number

To
The Addl. Director/Joint Director CGHS of concerned City.s

सेवारत कर्मचारियों एवं केसस्वायो के अंतर्गत आने स्वायत्त निकायों के पेशन भोगियों के मामले में प्रायोजक प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा:

आवेदक द्वारा दी गई सूचना सत्यापित कर ली गई हैं और ठीक पाई गई हैं।

यह सिफारिश की जाती है कि..... मंत्रालय/विभाग/संगठन में कार्यरत श्री/श्रीमति/कुमारी..... पदनाम..... को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी किया जाए। संबंधित प्रभाग को निदेश जारी कर दिये गये हैं कि आवेदक के वेतन से हर महीने केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटना शुरू कर दिया जाए/आवेदक के वेतन से हर माह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अंशदान काटा जाता है। केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड जारी करने के लिए मैं प्राधिकृत प्रायोजक प्राधिकारी हूँ और सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त कर लिया है।

सं० अदाकर्ता बैंक की शाखा..... पर आहरित रु०..
.....के लिये डिमाण्ड ड्राफ्ट सं०...../पोस्टल ऑर्डर.....
दिनांक..... संलग्न है।

'स्वायत्त निकायों के केसस्वायो सुविधाओं के पात्र पेशनभोगियों के मामले में ।

सं०..... दिनांक.....

का नाम

हस्ताक्षर तथा प्रायोजक प्राधिकारी

पदनाम(मोहर सहित)
टेलीफोन

नम्बर.....

सेवा में

अपर-निदेशक केसस्वायो 9 बीकानेर हाउस हटमैन्टस शाहजहाँ रोड

प्राधिकृत हस्ताक्षर कर्ता केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना मुख्यालय द्वारा सत्यापित
...../...../...../तक वैध/आजीवन काल के लिए

आबंटित संपूर्ण स्वास्थ्य केन्द्र : केसस्वायो द्वारा भरा जाए.....

मोहर सहित हस्ताक्षर

(To BE FILLED BY THE SPONSORING AUTHORITY IN CASE OF SERVING EMPLOYEES AND PENSIONERS OF AUTONOMOUS BODIES COVERED UNDER CGHS).

The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommended that a CGHS Card be issued to

Shri/Smt/Km.....

Designation.....working in this Ministry/ Department/ Organization.

Instructions have been issued to the concerned Division to start deducting CGHS Subscriptions every month from the salary of the applicant/ CGHS Subscriptions are deducted every month

from the salary of the applicant. I am authorized sponsoring authority for the issue of CGHS Card and approval of the Competent Authority has been obtained.

Enclosed DD bearing No.....dated.....drawn on

Bank.....

Branch...../Postal OrderNo.....for Rs.....

****in case of Pensioners of Autonomous bodies entitled for CGHS facilities.**

No.

Date

Sponsoring Authority

Signature & name of the

To

Designation (stamp)with Tele. No.

The Addl. DirectorCGHS(HQ) 9 Bikaner House Hutments

Verified _____ by Authorised Signatory, CGHS(HQ) Valid up to _____ / _____ / _____

CGHS Dispensary Allotte _____ Entitlement _____

- (to be filled by CGHS)

Signature with Stamp

फार्म :सी दो प्रतियों में प्रस्तुत करें

संत्रालय/विभाग के श्री/श्रीमति
से प्राप्त केसस्वायो के कार्डों की माँग के चालान को अपर/संयुक्त निदेशक केसस्वायो के कार्यालय को भेजा जाता है ।

:दो प्रतियों में भेजें :

कुल आवेदन पत्र _____

क्रम सं संदर्भ संख्या दिनांक किसके लिए

प्राप्ति मोहर
दिनांक _____ तक केसस्वायो का कार्ड वितरण के लिए तैयार हो जाएँगे ।
केसस्वायो का प्राप्ति लिपिक

प्रेषक के हस्ताक्षर
नाम स्पष्ट शब्दों में:

Form (C) (to be submitted in duplicate)

Name _____ of Ministry/ Department _____

Challan of requisition of CGHS Cards sent to the Office of Additional/Joint Director, CGHS
(To be sent in duplicate)

Total No. of Applications		Date		For Whom	
S.No.	Reference No.	Date		For	Whom
Requisitioned				Name/Designation	

Receipt Stamp

CGHS Cards likely to be ready for
Delivery on _____
Receipt Clerk CGHS

Signature of Despatcher
Name in Block letters:

फार्म 'डी'

श्री _____ पदनाम _____ जिनका पहचान पत्र

सं _____ है को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड जारी करने हेतु आवेदन

पत्र जमा कराने तथा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत किया जाता है ।
इनके नमूना हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं ।

नमूना हस्ताक्षर

1 _____

2 _____

केसस्वायो कार्ड/कार्डों की संख्या
प्राप्त किए

प्रायोजित प्राधिकारी के हस्ताक्षर

तिथि एवं समय

प्राप्त करने वाले के हस्ताक्षर

Form *D*

Shri _____ Designation _____ holder of Identity Card

No. _____ is authorised to deliver the Requisitions for issue of CGHS Cards

and also to collect the CGHS Cards.

His specimen signatures are given below

Specimen Signatures

1. _____

2. _____

Signature of the Sponsoring Authority

Received I/Card No(s)

Date & Time

Signature of the recipient.

फार्म ई/Form E

मंत्रालय/विभाग द्वारा तैयार किए गए रजिस्टर का फार्म/Form of Register to be maintained by the Ministries/Depts etc.

क्रम सं/ S.No.	क्रम सं और केसस्वायो कार्ड/काडो को जारी करने की तारीख/Sr. No. and the date of issue of CGHS card(s)	मंत्रालय/कार्यालय में प्राप्त करने की तारीख/Date of receipt in Ministry/Office	केसस्वायो स्वास्थ्य योजना कार्ड धारी का नाम व पदनाम/Name and designation of the CGHS cardholder	मंत्रालय/कार्यालय में नियुक्ति की तारीख/Date of appointment in Ministry/Office	केसस्वायो/कार्ड/काडो को प्राप्त करने वाले सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/Sinature of the Govt. servant receiving the CGHS card(s)	कार्ड वापिस लेने की तारीख और उसका कारण/ Date of withdrawal and reasons thereof	प्रत्यक्ष सत्यापन की तारीख और निरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर/Date of physical verification and signature of the inspecting office
-------------------	---	--	---	--	---	--	--