



CENTRAL SILK BOARD
MINISTRY OF TEXTILES
GOVERNMENT OF INDIA
CSB COMPLEX, B.T.M. LAYOUT
BANGALORE - 560 068

Phone: 26282699, 26282304, FAX-080-26781458

NO.CSB-4/(511)/2001-BS

Date: 10 January, 2017

C I R C U L A R

Sub: Submission of details of dependent family members and option of AMA & govt. / recognized hospital for availing medical facility - Reg.
=000000=

It is brought to the notice of all the Officers/Officials of Central Office, Bangalore that as per the existing CSMA rules, every employee should submit the declaration in the beginning of every calendar year indicating thereon the dependent family members, the income and the residence of their dependents for smooth process of medical claims.

In view of the above, all the Officers/Officials working in Central Office are requested to furnish the details in the enclosed proforma, on or before **15.01.2017**. [all columns to be duly completed] In case of any addition / deletion of dependent family members, the employee shall produce the supporting document (s) for inclusion/ deletion in Medical Identity Card in the declaration form.

Further, it is also informed that every employee shall avail medical treatment only in any one of the Government/CSB recognized hospitals and an authorized AMA, (indicate one AMA & One Recognized hospital in the space provided at Form No.3) as per the policy decision of the Competent Authority. In case of any emergency for specific reasons the employee shall obtain referral letter from the opted govt. / recognized hospital and obtain prior approval of the Competent Authority for availing medical treatment.

This is for strict Compliance.


(CA. MANOHARAN A)
JOINT DIRECTOR [FINANCE]

To

The Officers/Officials
Working at Central Office,
BANGALORE.



केन्द्रीय रेशम बोर्ड CENTRAL SILK BOARD

(वस्त्र मंत्रालय, भारत सरकार Ministry of Textiles - Govt. of India)

सं. केरेबो-4(511)/2001/बिल

दिनांक : 10 जनवरी, 2017

प रि प त्र

विषय : चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने के लिए आश्रित परिवार के सदस्यों का विवरण तथा प्राधिकृत चिकित्सक व सरकारी/मान्यता प्राप्त अस्पताल का विकल्प प्रस्तुत करने के संबंध में।

केन्द्रीय कार्यालय, बंगलूरु के सभी अधिकारियों/कर्मचारियों के ध्यान में लाया जाता है कि विद्यमान सी एस एम ए नियमों के अनुसार, प्रत्येक कर्मचारी को प्रत्येक कैलेण्डर वर्ष की शुरुआत में आश्रित परिवार के सदस्यों, आय तथा आश्रितों के आवास का उल्लेख करते हुए घोषणा प्रस्तुत करना चाहिए ताकि चिकित्सा दावे की सुगम प्रक्रिया हो सके।

उपरोक्त की दृष्टि में केन्द्रीय कार्यालय में कार्यरत सभी अधिकारियों/कर्मचारियों से अनुरोध है कि विवरण संलग्न प्रपत्र में दिनांक 15.01.2017 को या उससे पहले प्रस्तुत करें [सभी कॉलम विधिवत् भरना चाहिए]। आश्रित परिवार के सदस्यों के विवरण में कुछ जोड़ना/काटना है तो कर्मचारी चिकित्सा पहचान-पत्र में जोड़ने/काटने के लिए घोषणा प्रपत्र में समर्थन में दस्तावेज सहित प्रस्तुत करें।

आगे यह भी सूचित किया जाता है कि सक्षम प्राधिकारी के नीति निर्णय के अनुसार प्रत्येक कर्मचारी केवल किसी एक सरकारी/केरेबो मान्यता प्राप्त अस्पतालों तथा प्राधिकृत चिकित्सक से चिकित्सा प्राप्त करेंगे (प्रपत्र सं 3 में दिए गए जगह में एक प्राधिकृत चिकित्सक तथा एक मान्यता प्राप्त अस्पताल का नाम दें)। किसी विशिष्ट कारणों से आकस्मिक स्थिति के मामले में कर्मचारी विकल्प दिए गए सरकारी/केरेबो मान्यता प्राप्त अस्पताल से रेफरल पत्र प्राप्त करें और चिकित्सा प्राप्त करने के लिए सक्षम प्राधिकारी का पूर्वानुमोदन प्राप्त करें।

यह सख्त अनुपालनार्थ है।

[सी ए. मनोहरन ए.]
संयुक्त निदेशक [वित्त]

सेवा में,
केन्द्रीय कार्यालय, बंगलूरु
में कार्यरत अधिकारी/कर्मचारी

केन्द्रीय रेशम बोर्ड CENTRAL SILK BOARD

बेंगलूरु BENGALURU

परिवार का विवरण Details of Family

फार्म सं FORM No. 3

[नियम 54(12) देखें See Rule 54 (12)]

सरकारी कर्मचारी का नाम :
NAME OF THE GOVERNMENT SERVANT

पदनाम DESIGNATION :

कर्मचारी संख्या EMPLOYEE NO. :

.....को यथाविद्यमान परिवार के सदस्यों का विवरण Details of the
members of family as on

क्रम.सं SL.No.	परिवार के सदस्यों का नाम Name of the family Members	सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध एवं आवास/ Relation ship with Government Servant and place of residing	जन्म तिथि व आयु Date of Birth and age	प्रतिमाह आय Income per month

मैं एतदद्वारा कोई भी जोड़ या प्रत्यावर्तन कार्यालय के प्रधान को अधिसूचित करते हुए
उपरोक्त विवरणों को अद्यतन रखने का उत्तरदायित्व लेता हूँ ।

I hereby undertake to keep the above particulars upto-date by notifying to the Head of Office
any addition or alterations.

1. एक प्राधिकृत चिकित्सक का नाम / Name of one AMA

.....

2. एक मान्यता प्राप्त अस्पताल का नाम/ Name of One Recognized Hospital

.....

दिनांक Date

स्थान Place

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Government Servant

इस प्रयोजन हेतु परिवार का अर्थ सीएस (एमए) नियम,1944 के नियम 54 के उप नियम
(14) के खण्ड में दी गई परिवार परिभाषा के अनुसार है ।

Family for this purpose means family as defined in Clause(b) of Rule(14) of Rule 54 of the
CS(MA) Rules1944