

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/24 /IIVR/IS 15/24
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 1 Page No. 1

संयुक्त घोषणा पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि हम, डॉ./श्री/सुश्री/श्रीमती.....
(नाम), जो भा.कृ.अनु.प.–भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी में..... (पदनाम) के पद पर कार्यरत हैं,
तथा डॉ./श्री/सुश्री/श्रीमती(नाम), जो कि में(पदनाम) पर कार्यरत हैं, पति-
पत्नी हैं तथा दोनों ही सरकारी संस्था में कार्यरत हैं, जहाँ एल.टी.सी., चिकित्सा प्रतिपूर्ति, सी.ई.ए. आदि की सुविधा उपलब्ध है।

हम संयुक्त रूप से यह घोषणा करते हैं कि निम्नलिखित सुविधाओं का लाभ/दावा हमारे द्वारा निम्नानुसार लिया जाएगा :

क्र.सं.	सुविधा का प्रकार	दावा कौन करेगा	आश्रितों के नाम	कर्मचारी के साथ संबंध
1.	एल.टी.सी.			
2.	चिकित्सा			
3.	सी.ई.ए.			
4.	विविध			

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त प्रमाण पत्र घोषणा सत्य एवं सही है। किसी भी प्रकार के परिवर्तन/आशोधन की स्थिति में हम संबंधित प्राधिकारी को तत्काल सूचित करेंगे। उपर्युक्त विवरण से किसी भी प्रकार के विचलन की स्थिति में, मैं/हम विचलन के कृत्य की भूल-चूक के लिए व्यक्तिगत रूप से उत्तरदायी होऊंगा/होगे।

(भाकृअनुप-भा.स.अनु.सं. कर्मचारी का हस्ताक्षर)
(नाम.....)

(पति/पत्नी के हस्ताक्षर)
(नाम.....)

स्थान

दिनांक

संबंधित स्थापना के कार्यालय प्रमुख/आहरण एवं संवितरण अधिकारी का प्रति हस्ताक्षर

दिनांक सहित हस्ताक्षर एवं मुहर

(नाम :)

कार्यालय प्रमुख/आहरण एवं संवितरण अधिकारी, भाकृअनुप–
भा.स.अनु.सं., वाराणसी

दिनांक सहित हस्ताक्षर एवं मुहर

(नाम :)

कार्यालय प्रमुख/आहरण एवं संवितरण अधिकारी
.....

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज नं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/24 /IIVR/IS 15/24
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/03/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 1 Page No. 1

JOINT DECLARATION FORM

It is to certify that we, Dr./Sh./Ms... (name),
 working at ICAR–IIVR, Varanasi in the capacity of..... (Designation)
 and Dr./Sh./Ms.....(name), working at ... in
 the capacity of.....(Designation) are husband and wife and are both
 Employed in a Government entity, wherein facility for reimbursement of LTC, Medical, CEA, etc. exists. We jointly undertake
 that following facilities shall be availed/ claimed by us as under:

Sl. No.	Type of Facility	Who shall Claim	Name of Dependents	Relationship with the employee
1.	LTC			
2.	Medical			
3.	CEA			
4.	Misc.			

Certified that the above certificate/ declaration is true and correct. In the event of any change/ modification, we shall immediately inform the authorities concerned. In case of any deviation from the above, I/ we shall be personally responsible for the omission/ commission of the acts of deviation.

(Signature of the ICAR–IIVR employee)

(Signature of the Spouse)

(Name:)

(Name.....)

Place:

Dated:

Counter Signature of the Head of Office/ DDO of the concerned establishment:

Dated Signature with seal

Dated Signature with seal

(Name:)

(Name)

Head of Office/ DDO, ICAR–IIVR, Varanasi

Head of Office/ DDO.....