



નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિ, અમદાવાદ



મેડીકલ ડેકલેરેશન ફોર્મ

આથી હું જાહેર કરું છું કે મારા કુટુંબનાં અન્ય સભ્યો ગર્વમેન્ટ સંસ્થામાં છે. / નથી અને તેઓ મેડીકલ રીઈમ્બર્સમેન્ટનો લાભ લે છે / લેતા નથી અથવા મેડીકલ રોકડ સ્કીમમાં જોડાયેલ છે. / નથી અથવા ગર્વમેન્ટ કે અન્ય કોઈ સંસ્થામાં ફરજ બજાવે છે. / બજાવતા નથી. કે આવો લાભ મેળવવાપાત્ર છે. / મેળવવાપાત્ર નથી.

તા.-.....-.....

કર્મચારી/પેન્શનરની સહી :

હોદ્દો / પેન્શન નંબર :

શાળાનું નામ : શાળા નં.

મો.નં.

આશ્રિત અંગેનું ડેકલેરેશન

આથી હું જણાવું છું કે શ્રી મારા છે. જેઓ મારી સાથે રહે છે તેમજ તેમની માસિક આવક રૂ. ૫૦૦/- થી વધુ નથી અને તેઓ સંપૂર્ણ મારા આશ્રિત છે.

કર્મચારી/પેન્શનરની સહી :