



महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय

Mahatma Gandhi Antarrashtriya Hindi Vishwavidyalaya

(संसद द्वारा पारित अधिनियम 1997, क्रमांक 3 के अंतर्गत स्थापित केंद्रीय विश्वविद्यालय)  
(A Central University established by Parliament by Act No. 3 of 1997)



दूरभाष / Phone : +91-7152-230902

ई-मेल/E-mail : registrar.mgahv@gmail.com

क्रमांक : 006/Estt./2011-12/8-4/1255

दिनांक : 29.07.2022

### कार्यालयादेश

विश्वविद्यालय के शिक्षकों / कर्मियों पर अश्रित पारिवारिक सदस्यों के संबंध में घोषणा-पत्र का अद्यतन प्रारूप संलग्न है। विश्वविद्यालय के समस्त शिक्षक एवं शिक्षकेतर अधिकारियों / कर्मियों को सूचित किया जाता है कि इस प्रपत्र को भर दिनांक 05.08.2022 तक स्थापना एवं प्रशासन विभाग में उपलब्ध कराएँ।

यह आदेश सक्षम अधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जाता है।

**कादर नवाज़**  
(कादर नवाज़ खान)  
कार्यकारी कुलसचिव  
29/07/22

प्रति (ई-मेल द्वारा)

समस्त संबंधिता

प्रतिलिपि (ई-मेल द्वारा)

1. कुलपति कार्यालय
2. प्रतिकुलपति (द्वय) कार्यालय
3. कुलसचिव कार्यालय
4. वित्ताधिकारी कार्यालय
5. रक्षित पत्रावली



परिवार के आश्रित सदस्यों के संबंध में घोषणा प्रपत्र  
**FAMILY DEPENDENCY DECLARATION FORM**

कर्मि का नाम /Name of the Employee . : हिंदी में

अंग्रेज़ी में

पदनाम/Designation :

जन्म तिथि / Date of Birth :

वैवाहिक स्थिति /Marital Status :

पदभार ग्रहण तिथि /Date of Joining :

मैं ..... स्वतः घोषित करता/करती हूँ कि मेरे परिवार के निम्नलिखित सदस्य मुझ पर पूर्णतः आश्रित हैं :

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

**आश्रित पारिवारिक सदस्यों का विवरण**

**DETAILS OF DEPENDENT 'FAMILY' MEMBERS**

i) पति, पत्नी, संतान, सौतेली संतान / Husband, Wife, Children, Step Children:

क्र/ Sl. No.	पूरा नाम (हिंदी में) / Full Name (In Hindi)	पूरा नाम (अंग्रेज़ी में) / Full Name (In English)	जन्म तिथि / Date of Birth	कर्मि से संबंध / Relationship with the employee
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

टिप्पणी : पत्नी एवं पति में न्यायिक रूप से अलग हुए पत्नी एवं पति शामिल होंगे।

Note: Wife and husband shall include respectively judicially separated wife and husband.

ii) पिता, माता, नाबालिग भाई/बहन/विधवा पुत्री/विधवा बहन आदि

Father, Mother, Minor Brothers/Sisters/ Widowed Daughter(s)/Widow Sister(s) etc. :

क्र/ Sl. No.	पूरा नाम (हिंदी में) / Full Name (In Hindi)	पूरा नाम (अंग्रेज़ी में) / Full Name (In English)	संबंध Relationship	जन्म तिथि एवं अव्यस्क होने पर आयु Date of Birth and age in case of minor	वैवाहिक स्थिति (विवाहित/अविवा हित/विधवा/विधुर) Marital Status (Married/ Unmarried / Widowed)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* कर्मि द्वारा आधार कार्ड तथा नवजात की स्थिति में जन्म प्रमाणपत्र की स्व-सत्यापित प्रति संलग्न करना अनिवार्य है।

\* Self-attested copy of Aadhaar Card and Birth Certificate, in case of new born should be compulsorily attached.

• जब पति एवं पत्नी दोनों सरकारी कर्मियों हों / **When both husband and wife are employed:**

i)	क्या कर्मियों का पति/की पत्नी सरकारी नौकरी में है? (हाँ/नहीं) (जो लागू न हो, उसे काट दें) <b>Is spouse of the employee a Government Servant? (YES/NO)</b> ( <i>Strike off, which is not applicable</i> ) यदि हाँ, तो संस्था का नाम बताएँ / If Yes, then name of the Organization (यदि हाँ, कृपया पति/पत्नी को उसके कार्यस्थल से निर्गत अद्यतन पहचान पत्र की स्व-सत्यापित प्रति संलग्न करें) ( <i>If yes, please attach copy of latest Identity Card of Place of Work of Spouse</i> )	
ii)	क्या कर्मियों का पति/की पत्नी स्थानीय निकाय/निजी संस्थानों से चिकित्सा सुविधा प्राप्त कर रहा/रही है? <b>Is spouse of the employee availing medical facilities from local bodies/private organizations?</b> (महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय, वर्धा में लागू चिकित्सा नियमों अथवा उस संस्थान, जहाँ कर्मियों का पति/की पत्नी कार्यरत है द्वारा प्रदान की जाने वाली चिकित्सा सुविधाओं के अंतर्गत सुविधाओं का चयन कर सकते हैं।) ( <i>May choose either the medical facilities under the rules applicable in Mahatma Gandhi Antarrashtriya Hindi Vishwavidyalaya, Wardha or facilities provided by the organization in which the spouse is employed</i> )	
iii)	क्या आश्रित पारिवारिक सदस्यों की आय (पति/पत्नी के अलावा) रु.9,000/- प्रतिमाह से अधिक है तथा महंगाई राहत की राशि मूल पेंशन रु.9,000/- प्रतिमाह से अधिक है? (हाँ/नहीं) (जो लागू न हो, उसे काट दें) (यदि हाँ, कृपया आश्रित पारिवारिक सदस्य का आय प्रमाणपत्र संलग्न करें) <b>Is Income of dependent family members (other than spouse) more than Rs.9000/-pm plus the amount of dearness relief on basic pension of Rs.9000/-pm? (YES/NO)</b> ( <i>Strike off, which is not applicable</i> ) ( <i>If yes, please attach Income Certificate of dependent family member</i> )	

**घोषणा**

**UNDERTAKING**

**मैं घोषित करता/करती हूँ कि / I undertake that :**

- आश्रित हेतु दावा किये गये बच्चे/ सौतेले बच्चों की आय वजीफा और छात्रवृत्ति सहित सभी स्रोतों को मिलाकर रु.9,000/- प्रति व्यक्ति प्रतिमाह से अधिक नहीं है।  
The children/step children claimed to be dependent do not have income exceeding Rs.9,000/- per person per month from all sources including stipend and scholarship.
- माता-पिता की आय, पेंशन सहित सभी स्रोतों को मिलाकर (पेंशन में अस्थायी वृद्धि और मृत्यु सह सेवानिवृत्त उपदान के बराबर पेंशन को मिलाकर) रु.9,000/- प्रतिमाह से अधिक नहीं है। (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय का कार्यालय ज्ञापन सं. 11012/2/2016-सीजीएचएस-पी दिनांक 08.11.2016) (यदि किसी के माता/पिता की आय उक्त आय के बराबर है, तो वे दोनों आश्रित की श्रेणी में शामिल होंगे)  
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.9,000/-per month (*Min. of H&FW OM No. S-11012/2/2016- CGHS-P dated 08.11.2016*). (If anyone mother/father has the said income, both of them will come under dependents category.)
- मेरे पिता जीवित नहीं हैं/पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं और मेरी विधवा बहन/अविवाहित बहन की आय रु.9,000/- से अधिक नहीं है। सभी स्रोतों को मिलाकर, प्रत्येक व्यक्ति के लिए।  
My father is not alive/wholly dependent on me and income of my widowed sister/unmarried sisters does not exceed Rs.9,000/-. From all sources. For each person.
- उपर्युक्तानुसार अंकित व्यक्तियों की स्थितियों में परिवर्तन की दशा, जिससे उनकी पात्रता प्रभावित होगी, मैं इसके बारे में तुरंत कुलसचिव कार्यालय, महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय, वर्धा को सूचित करूंगा/करूंगी।  
In the event of any change in the status of any of the above mentioned persons, which affects the eligibility, I shall inform to the Registrar Office, MGAHV, Wardha immediately about the same.
- मेरे परिवार के आश्रित सदस्यों (पति/पत्नी के अलावा) की उपर्युक्तानुसार दी गई जानकारी सही है। यदि कोई कथन असत्य पाया जाता है, तो मैं अनुशासनात्मक कार्रवाई के लिए उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।  
The particulars of dependent members of my family (Other than spouse) as given above are correct. If any statement is found to be untrue, I shall be liable for disciplinary action.

दिनांक /Date : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

हस्ताक्षर/Signature : \_\_\_\_\_

स्थान/Place :

नाम/Name : \_\_\_\_\_

पदनाम /Designation : \_\_\_\_\_