

NATIONAL SEEDS CORPORATION LTD.
(A GOVT. OF INDIA UNDERTAKING)
BEEJ BHAWAN: PUSA COMPLEX
NEW DELHI - 110012

INTER OFFICE MEMO

From : General Manager (Mktg.)/HOD-HR
To : All Heads of Department, NSC, Corporate Office, New Delhi

File No. 220(1)/10-HR/NSC

Dated: 10.01.2025

Subject: Submission of declaration of dependant family members for reimbursement of medical claim as on 1st January, 2025.

As per NSC Medical Attendance Rule every official is requested to declare the details of dependant family members for claiming of reimbursement of medical expenses as on 1st January every year in prescribed format.

Accordingly, all Heads of Department are requested to advise the Officials working under them to submit the option/declaration form as on 01.01.2025 to HR Department on or before 25th January, 2025. The copy of prescribed declaration form is enclosed as **Annexure-A**.

Further, the Head of Department of the concerned employee shall verify and countersign the declaration before forwarding it to the Head of HR Department. The declaration form must be submitted in two copies.

This is for your information and necessary action.


(Onkar Singh)

General Manager (Mktg.)/HoD-HR

Encl: as stated

Copy to:

1. Office of CMD for kind information of CMD.
2. Office of Director (Finance) for kind information of Director (Finance).
3. Office of Director (Commercial) for kind information of Director (Commercial).
4. All Regional Manager/Head of Farm – With the request to get the above option/declaration signed by all the employees and same may be kept in their record and a copy may also be forwarded to Accounts Section of respective Regional Office/Farms.
5. In-Charge, IT Cell- With the request to upload the said IOM along with option/declaration form on the website.
6. Notice Board for information of all concerned.
7. Guard File

राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड
(भारत सरकार का उपक्रम)
बीज भवन, पूसा परिसर
नई दिल्ली-110012

अन्तर कार्यालय झापन

प्रेषक : महा प्रबंधक (विपणन)/विभागीय प्रमुख-मा.सं.

पेक्षिती : सभी विभागाध्यक्ष, निगमित कार्यालय, नई दिल्ली

फाईल सं. 220(1)-10/मा.सं./नेसीका

दिनांक:10.01.2025

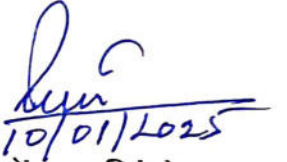
विषय: दिनांक 01.01.2025 को चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए आश्रित परिवार के सदस्यों की घोषणा प्रस्तुत करना।

एनएससी चिकित्सा उपस्थिति नियम के अनुसार प्रत्येक अधिकारी से अनुरोध किया जाता है कि चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए प्रत्येक वर्ष 01 जनवरी को निर्धारित प्रारूप में आश्रित परिवार के सदस्यों का विवरण घोषित करें।

तदनुसार, सभी विभागाध्यक्षों से अनुरोध है कि वे अपने अधीन कार्यरत अधिकारियों को सलाह दें कि वे 01.01.2025 तक का विकल्प/घोषणा पत्र दिनांक 25.01.2025 तक या उससे पहले मानव संसाधन विभाग में जमा करें। निर्धारित घोषणा पत्र की प्रति अनुलग्नक-ए के रूप में संलग्न है।

इसके अतिरिक्त कर्मचारी/अधिकारी द्वारा भरे गए घोषणा पत्र को सम्बंधित विभागाध्यक्ष द्वारा सत्यापित करने के उपरांत मानव संसाधन विभाग को दो प्रतियों में प्रस्तुत करनी होगी।

यह आपकी जानकारी और आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रस्तुत है।


10/01/2025
(ओंकार सिंह)

महा प्रबंधक (विपणन)/विभागीय प्रमुख-मा.सं.

संलग्न- यथोपरि

प्रतिलिपि:

1. कार्यालय अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक, एन.एस.सी- सूचनार्थ हेतु प्रेषित।
2. कार्यालय निदेशक (वित्त) एन.एस.सी- सूचनार्थ हेतु प्रेषित।
3. कार्यालय निदेशक (वाणिज्यिक) एन.एस.सी- सूचनार्थ हेतु प्रेषित।
4. सभी क्षेत्रीय प्रबंधक/फार्म प्रमुख, एन.एस.सी से अनुरोध है कि उपरोक्त हस्ताक्षरित विकल्प/घोषणा प्राप्ति के उपरांत एक प्रति अपने रिकार्ड में रखें एवं एक प्रति संबंधित क्षेत्रीय कार्यालय/फार्म के लेखा अनुभाग को आवश्यक कार्यवाही हेतु भेजें।
5. सूचना तकनीकी विभाग-उचित कार्यवाही हेतु प्रेषित।
6. सूचना पट्ट।
7. गार्ड फाईल।

NATIONAL SEEDS CORPORATION LIMITED
NAME OF THE FARM/OFFICE_____

DECLARATION ABOUT FAMILY MEMBERS FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES AS ON 1st APRIL, _____

(To be submitted on first week of January every year)

I _____ (Name) _____ (Designation) working at _____ (office) do hereby declare that:

1. The members of my family and other depending for whom I shall be claiming reimbursement of medical expenses are as under:-

S.No.	Name (S/Sh./Smt.)	Date of Birth/Age	Relationship with employee	Marital Status (Married/Unmarried/Widow)	Since when residing with employee
1					
2					
3					
4					
5					
6					

2. My wife/husband is employed in _____/is not employed, and she/he will/will not claim reimbursement from NSC OR her/his employer.
3. My bother(s)/unmarried sister(s) employed in _____ (Govt.Public Sector/Private Sector) will not claim reimbursement of medical expenses in respect of above dependents (Parents/Brothers/Sisters) for whom I shall claim.
4. My other bother(s)/sister(s) are not contributing to the upkeep of my dependent(s) (Parents/Brothers/Sisters) because of the following reasons:

5. My son/daughter as indicated at Serial No. _____above is presently living at _____ for pursuing higher studies in _____.
6. Certified that the person(s) for whom reimbursement will be claimed by me is/are wholly dependent on me and residing with me. Their Income from all sources put together does not exceed the existing prescribed limit under the Medical Attendance Rules in each case.
7. I undertake to inform the Management about deletion/additional in the above list within a period of 30 days of occurrence.

Signature of the employee
 Name _____
 Aadhar _____

No. _____

Pan No. _____

Date : _____

SIGNATURE & COMMENTS OF THE CONTROLLING OFFICER

To be forwarded to HR Department for Approval & Record

राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड

फार्म/कार्यालय का नाम _____

1 अप्रैल, _____ तक चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए परिवार के सदस्यों के बारे में घोषणा ।

(हर साल जनवरी के पहले सप्ताह में प्रस्तुत किया जाना है)

मैं _____ (नाम) _____ (पदनाम) कार्यरत _____ (कार्यालय)

एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि:

1 मेरे परिवार के सदस्य और अन्य आश्रित जिनके लिए मैं चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा करूंगा , वे निम्नानुसार हैं:-

क्र.सं.	नाम (श्री/श्रीमति)	जन्मतिथि/आयु	कर्मचारी के साथ संबंध	वैवाहिक स्थिति (विवाहित/अविवाहित/विधवा)	कर्मचारी के साथ कब से रह रहे हैं
1					
2					
3					
4					
5					
6					

2 मेरी पत्नी/पति कार्यरत हैं _____/कार्यरत नहीं हैं, और वह राबीनि या अपने नियोक्ता से प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेगा/करेगी ।

3 मेरा भाई/अविवाहित बहन कार्यरत है _____ (सरकारी/सार्वजनिक क्षेत्र/निजी क्षेत्र) उपरोक्त आश्रितों के संबंध में चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेंगे जिसके लिए मैं दावा करूंगा ।

4 मेरे अन्य भाई/बहन निम्नलिखित कारणों से मेरे आश्रित (माता-पिता/भाई/बहन) के भरण-पोषण में योगदान नहीं दे रहे हैं:

5 मेरा बेटा/बेटी जैसा कि क्रम संख्या पर ऊपर दर्शाया गया है _____ वर्तमान में उच्च शिक्षा _____ प्राप्त करने के लिए _____ रह रहा है ।

6 प्रमाणित किया जाता है कि जिस व्यक्ति के लिए मेरे द्वारा प्रतिपूर्ति का दावा किया जाएगा वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है तथा मेरे साथ रहता है । सभी स्रोतों से कुल मिलाकर आय प्रत्येक मामले में चिकित्सा परिचर्या नियमों के तहत विद्यमान निर्धारित सीमा से अधिक नहीं है ।

7 मैं उपरोक्त सूची में नाम हटाने/जोड़ने के बारे में 30 दिनों के भीतर प्रबंधन को सूचित करने का वचन देता हूँ ।

कर्मचारी के हस्ताक्षर

नाम _____

आधार नंबर _____

पैन नंबर _____

दिनांक :

नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर और टिप्पणियाँ

अनुमोदन और रिकॉर्ड के लिए मानव संसाधन विभाग को को अग्रेषित किया जाना