

Scheme Name:

Receipt No. :



## सावित्री फातिमा कुटुंब स्वास्थ्य योजना

Cashless Reimbursement Scheme for Teaching & Non-Teaching Staff  
In Aided School & Jr. Colleges



(टीप : अर्जामधील माहिती इंग्रजी कॅपिटल मध्येच व काळया शाईने भरावी.)

स्वतःचे नाव										वडिलांचे नाव/पतीचे नाव										आडनाव									
आधार क्रमांक										सेवार्थ क्रमांक																			
नियुक्ती दिनांक										सेवानिवृत्ती दिनांक																			
जन्मदिनांक										लग्नतारीख																			
कार्यरत ठिकाण										सभासद रक्तगट																			
EO / EI										पदनाम																			

कार्यरत कार्यालयाचे नाव व पत्ता :-

सध्याचा राहण्याचा संपूर्ण पत्ता :-

### अधिकारी/कर्मचारी यांच्यावर अवलंबून असलेल्यांची माहिती

अनु. क्र.	नाव	नाते	जन्मतारीख	आधार क्रमांक	आईचे नाव
		पती/पत्नी			
		१ ले अपत्य			
		२ रे अपत्य			
		३ रे २००१ पुर्वीचे			
		वडिल/सासरा			
		आई/सासू			

खालील भागामध्ये छायाचित्रे चिकटवावीत.

अधिकारी/कर्मचारी	पती/पत्नी	१ ले अपत्य	२ रे अपत्य
फोटो	फोटो	फोटो	फोटो
२००१ पुर्वीचे ३रे अपत्य	वडिल / सासरा	आई / सासू	
फोटो	फोटो	फोटो	

Mobile No. ....

What's App. No. ....

Alternate No. ....

कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी

कर्मचाऱ्यानी तातडीने योजनेचा फायदा घेण्यासाठी तात्काळ फॉर्म भरून द्यावेत. तरी कुटुंबापैकी एखादया व्यक्तीचा फोटो अपरिहार्य कारणास्तव तात्काळ उपलब्ध होत नसल्यास सदर माहिती (पुर्ण नाव व वय लिहून) हया नंबरवर ७३०४९४३१२१ WhatsApp करावे अथवा uhms14@gmail.com यावर मेल करावे. तसेच काही त्रुटी असल्यास वरील हेल्पलाईन नंबरवर संपर्क साधावा.

युनिक प्रतिनिधी स्वाक्षरी

संघटना पदाधिकारी यांची स्वाक्षरी