भारत सरकार / Government of India
परमाणु ऊर्जा विभाग / Department of Atomic Energy
निर्माण, सेवा एवं संपदा प्रबंध निदेशालय
Directorate of Construction, Services & Estate Management
(आबंटन अनुभाग/Allotment Section)

चिकित्सा के आधार पर बिन बारी आवास आबंटन हेतु आवेदन
Application For Out-Of-Turn Allotment Of Residential Accommodation On Medical Grounds / Physically Handicapped

कृपया लागू बॉक्स में X लगाएं
Please cross thus X in the applicable box

(सभी कॉलमों में सूचना भरी जानी चाहिए। अधूरे आवेदन पर विचार नहीं किया जाएगा।)
(Information in respect of all columns should be furnished. Incomplete applications will not be considered)

I. नाम/Name	नाम/Designation	इकाई/प्रभागUnit/ Division	कं.को.सं./ CC No. & Employee no.

II. जन्मतिथि/Date of Birth | | सदस्य है Belongs To: | एससी/SC | | एसटी/ST | |

आवेदक, पूर्व दिनांक जिससे, परमाणु ऊर्जा विभाग की किसी भी यूनिट में निरंतर सेवा में है, इसकी गणना (नियमित नियुक्ति की तिथि से या परमाणु ऊर्जा विभाग द्वारा आयोजित प्रशिक्षण पाठ्यक्रम में नियुक्ति तथा इसके बाद से नियमित नियुक्ति से या नियत आधार या कार्य प्रभारित स्थापना में नियुक्ति तथा इसके बाद बिना ब्रेक के नियमित नियुक्ति से की जानी है।)
Earlier date from which applicant has been continuously in service in any Unit of DAE (Reckoned from date of regular appointment, or appointment to a training course conducted by DAE followed by regular appointment or appointment in fixed term or work charged establishment followed by regular appointment without break)

दिनांक/DATE	माह/MONTH	वर्ष/YEAR

परमाणु ऊर्जा विभाग में कार्यग्रहण से पहले केंद्र /राज्य सरकार के अंतर्गत नियुक्ति तिथि Date of appointment under central/state Prior to joining DAE	क्या परमाणु ऊर्जा विभाग में नियुक्ति प्रकाशित प्रतियोगिता में किए गए आवेदन के आधार पर हुई थी। whether appointment in DAE was made on the basis of application in Open Competition

III. आवेदन वर्ष की 1 अप्रैल को स्तर में वेतन
Basic Pay in pay Matrix as on 1st Apr of year Of application

आवेदन वर्ष की 1 अप्रैल का स्तर में वेतन
Level as on 1st Apr of year of application

Level-

IV. कार्य स्थल पर पहुँचने हेतु उपयोग में लाए जानेवाले परिवहन का प्रकार
Mode of transport used for reaching place of work

निवास स्थान/Place of residence	कार्यस्थल/Place of Work	आवास से यात्रा करने का प्रकार/Mode of travel from residence		
		से From	तक To	प्रकार Mode

V. वैवाहिक स्थिति/Marital Status

अविवाहित Unmarried		विवाहित Married		विधुर/विधवा Widower/Widow		तलाकशुदा Divorce	

VA. Whether completed Probationary Period : Yes ☐ No ☐ (If completed, please Attach certificate)

VI. मरीज /मरीजों के नाम एवं अन्य विवरण (यदि उपचार सीएचएसएस के अलावा दूसरी जगह से किया जा रहा है, तो आवेदन पत्र के साथ अद्यतन चिकित्सा प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए।) Name of the patient/patients and other particulars (latest Medical Certificate to be attached with application, if the treatment is taken from other than CHSS)

क्र. सं. Sl.No.	नाम Name	आवेदक के साथ संबंध Relationship to Applicant	सीएचएसएस संख्या CHSS No.	डाक्टर का नाम Name of Attending Doctor	परामर्श की अंतिम तारीख Date of last Consultation	बीमारी का कारण Nature of Illness

VII. ऊपर उल्लिखित प्रत्येक रोगी की बीमारी की प्रकृति के साथ कृपया बिन बारी आधार पर आवास माँगने का कारण संक्षिप्त में बताएं (यदि आवश्यक हो तो, अलग से पत्रक संलग्न करें।)
Reasons in brief for seeking accommodation on out-of-turn basis (Please attach separate sheet if necessary) including the nature of illness of each of the patient mentioned at above.

VIII. आवेदक के साथ वर्तमान में रह रहे तथा/अथवा रहनेवाले व्यक्तियों का विवरण:
Details of persons presently staying with and/or will stay with the applicant:

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	आवेदक के साथ संबंध Relationship to Applicant	मासिक आय Monthly Income	क्या वर्तमान में आवेदक के साथ रहते है या नहीं -- बताएं 'हाँ ' या 'नहीं' Whether presently staying with applicant or not Say 'Yes' or 'No'

IX. आवेदक या उनके साथ रह रहे किसी व्यक्ति (व्यक्तियों) या सरकारी आवास आबंटित करने पर आवेदक के साथ रहने वाले व्यक्तियों के नाम मुंबई या उसके आस-पास के क्षेत्र में वर्तमान आवास का विवरण :
Details of present accommodation in Mumbai or adjoining area in the name of the applicant or any person(s) staying with or who will stay with the applicant, if government accommodation is allotted

उस व्यक्ति का नाम जिस के नाम आवास है Name of the person in whose name accommodation stands	पता Address	आवास का नाम Title of accommodation	मासिक किराया Monthly Rent	चटाई क्षेत्र (वर्गफुट) Carpet area (Sq.ft)

X. यदि वर्तमान पते के अनुसार सीएचएसएस रजिस्ट्रेशन बदला नही हैं, तो न बदलने का कारण
In case of CHSS registration is not changed to the location of the location of the present residence, give reasons for not changing

XI. क्या पहले आवास के आबंटन हेतु आवेदन किया है
Whether applied for allotment of accommodation earlier

वरिष्ठता/Seniority				ओओटी (चिकित्सा)/OOT (Medical)				ओओटी (हार्डशिप)/OOT (Hardship)			
हाँ Yes		नहीं No		हाँ Yes		नहीं No		हाँ Yes		नहीं No	

XII. क्या आवास का कब्जा लेने के बाद कभी आबंटन को वापस लौटाया या मना किया
Whether at any time refused allotment or surrendered after occupation

नहीं/No		हाँ/Yes		नीचे उल्लिखित कारणों हेतु For the reasons mentioned below

XIII. क्या कभी विभागीय आवास के आबंटन से वर्जित किया था
Whether debarred at any time from allotment of departmental accommodation:

नहीं/No		हाँ/Yes		नीचे उल्लिखित कारणों हेतु For the reasons mentioned below

XIV. (a) क्या पहले आवेदन किया था
Whether applied earlier

हाँ Yes		नहीं No	

(b) यदि उत्तर 'हाँ' है तो निम्नलिखित में विवरण दें:
If answer is 'Yes', please give the following details :

(i) पहले के आवेदन की तिथि/Date of earlier application

(ii) रोगी का नाम एवं संबंध/Name and relation of the patient

XV. आवेदक के नाम से महाराष्ट्र में अर्जित की जाने वाली या स्वयं का आवास या आवेदक के साथ रह रहे अन्य व्यक्ति या आवेदक के साथ रहने वालों का विवरण
Details of accommodation owned or likely to be acquired in Maharashtra in the name of the applicant or any other person staying with or will be staying with the applicant.

व्यक्ति का नाम जिसके नाम से आवास अर्जित है या अर्जित किया जाने वाला है Name of the person in whose Name the accommodation is acquired or to be acquired	स्थान और पूरा पता Location and full address	क्षेत्र (वर्गफूट) Area (Sq.Ft.)	अर्जन की तिथि/पूरा होने की संभावित तिथि Date of acquisition/likely date of completion

प्रमाण -पत्र/CERTIFICATE

1. *मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त दी गई जानकारी मेरे ज्ञान एवं विश्वास से सही है।*
   I certify that the information furnished above is to the best of my knowledge and belief.

2. *मैं वचन देता हूँ कि उपरोक्त भरी गई जानकारी (सूचना) में किसी भी प्रकार परिवर्तन होने पर मेरे इकाई के प्रशासन को एवं निसेसंप्रनि को रिपोर्ट करुंगा।*
   I undertake to report any change(s) in the information furnished above to the Administration of my unit and DCSEM.

3. *मैं यह भी वचन देता हूँ कि उपर्युक्त क्र.सं. XV में इंगित घर लेने की वास्तविक तिथि को सूचित करुंगा।*
   I also undertake to intimate the actual date of acquiring the house indicated at Sr. No. XV above.

4. *मैं प्रमाणित करता हूँ कि बिन बारी आवास आबंटन हेतु जिन निकट संबंधियों के मामले को कारण बताया गया है वे मुझे आबंटित आवास में मेरे साथ रहेंगे । I certify that the close relations whose case refereed to as grounds for allotment of accommodation on out-of-turn basis will reside with me in the flat to be allotted to me.*

5. *मैं समझता हूँ कि यदि मैं कोई गलत विवरण देता हूँ या कोई जानकारी को दबाता हूँ या अन्य किसी अनुशासनिक कार्रवाई के संबंध में किसी भी प्रकार के परिवर्तन जोड़ने की रिपोर्ट करने में असमर्थ होता हूँ, तो आबंटन के निरस्तीकरण या आवास आबंटन हेतु विचार न करने के लिए (अविचारणीय) उत्तरदायी होऊंगा।*
   I understand that I am liable to be excluded from consideration for allotment of accommodation or cancellation of allotment if make any false statement or surpass any information or fail to report any change, in addition, any other disciplinary action.

6. *मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि चिकित्सा आधार पर विभागीय आवास के आबंटन हेतु यह मेरा पहला आवेदन है।*
   I also certify that this is my first applications for allotment of departmental accommodation on medical grounds.

चिकित्सा प्रमाणपत्र की सूची संलग्न/List of Medical Certificate enclosed:

क्र.सं. SL No.	*डॉक्टर का नाम एवं पता Name of Doctor and Address*	*डॉक्टर की शैक्षणिक योग्यता Qualification of the Doctor*	*प्रमाणपत्र जारी करने की तिथि Date of issue of certificate*	*रोगी का नाम Name of the patient*

स्थान/Place:

दिनांक/Date: *आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the applicant*

Contact no. Office : _____

Contact No. Mobile: _____

(आवेदक जहां कार्यरत है उस युनिट के प्रशासन/स्थापना अनुभाग में उपयोग के लिए)

(For use in Administration/Establishment Section of the Unit in which the applicant is employed)

कर्मचारी द्वारा रिकार्ड के संदर्भ के अनुसार मद संख्या II, III, IV, V, VA एवं IX में दी गई सूचना की जांच रिकार्डों द्वारा की गई है एवं उसे सही पाया गया है।

Information given by the employee against items II, III, IV, V, VA and IX have been checked with reference to records and found correct.

हस्ताक्षर Signature:

पदनाम Designation:

स्टँप/मोहर Stamp/Seal:

सं.No.

दिनांक Date:

प्रशासन अधिकारी-III, आबंटन अनुभाग, निसेसंप्रनि को अग्रेषित

Forwarded to Administrative Officer-III, Allotment Section, DCSEM