

(☎022-22862703)

ई-मेल/e-mail-irw@dae.gov.in

फैक्स/Fax No. - 2204 8476

&
22824354

भारत सरकार

GOVERNMENT OF INDIA

परमाणु ऊर्जा विभाग

DEPARTMENT OF ATOMIC ENERGY

औ. सं. एवं क. अनुभाग IR&W SECTION

अणुशक्ति भवन

AnushaktiBhavan,

छ. शि. म. मार्ग C.S.M.

Marg,

मुंबई/ Mumbai - 400 001

सं. No. 201(12)/17/2020/IR&W/Vol.II/ 5364

अप्रैल 22, 2022

कार्यालय जापन

विषय: आश्रित सीएचएसएस लाभार्थियों के आयकर रिटर्न की पावती प्रस्तुत करने के संबंध में (असाधारण मामलों में छूट)।

संदर्भ Ref : OM No. 7/3/2017/IR&W/11383 dated 07/09/2018.
OM No. 7/2/2019/IR&W/14359 dated 22/11/2019.
OM No. VIG-10-10/2020-DAE/Vol.II/15019 dated 14/12/2021.

उपरोक्त कार्यालय जापनों के अनुसार विभाग ने मुख्य लाभार्थियों के आश्रितों के आयकर रिटर्न की पावती प्रस्तुत करने के लिए अनुरोध किया था।

2. विभाग में मुख्य लाभार्थियों/आश्रितों द्वारा विभिन्न कारणों से आयकर रिटर्न प्रस्तुत करने में कर्मचारियों/आश्रितों को हो रही कठिनाइयों के संबंध में कई अनुरोध प्राप्त हुए हैं। विभाग में अनुरोध पर विचार किया गया और यह निर्णय लिया गया कि उपरोक्त कार्यालय जापनों के तहत शामिल आश्रित लाभार्थियों के लिए आयकर रिटर्न की पावती प्रस्तुत करने की प्रक्रिया सामान्य तौर पर जारी रखी जाएगी।

3. हालांकि, असाधारण मामलों में जहां प्रक्रिया संबंधी परेशानियों के कारण आयकर रिटर्न की पावती प्रस्तुत करना संभव नहीं है, वहां कर्मचारी ऐसे आश्रितों को नई सीएचएसएस सुविधा को जारी रखने/विस्तारित करने के लिए संलग्न प्रारूप में स्वयं घोषणा पत्र प्रस्तुत करेंगे।

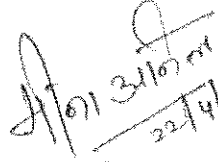
फैक्स नं. (Fax No.)	आश्रित का नाम (Name of the dependent)	आश्रित का पता (Address of the dependent)	आश्रित का बैंक नाम (Bank Name)
---------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------

सा नं. 201(12)/17/2020/IR&W/Vol.II/ 5364
25/04/2022

Signature of the Dependent/
Left hand thumb impression

4. इसे संयुक्त सचिव (प्रशासन एवं लेखा) के अनुमोदन से जारी किया जाता है।

संलग्न : यथोपरि


22/4/2022
(मीना अनिल)

अवर सचिव (आईआरएंडडब्ल्यू)

सेवामें ,

सभी यूनिटों के सीएचएसएस प्रशासन प्राधिकारी/ प्रशासनिक प्रमुख

- प्रति : 1) अध्यक्ष, आईसी एवं सचिव, पऊवि का कार्यालय
2) संयुक्त सचिव (प्रशासन एवं लेखा) का कार्यालय Office of JS (A&A).
3) पऊवि, मुंबई/ नई दिल्ली के सभी अधिकारी/ अनुभाग

स्व घोषणा Self Declaration

I. कर्मचारी का विवरण Employee Details

01. नाम Name: 02. पदनाम Designation:
03. कर्मचारी सं. Emp. No: 04: सीएचएसएस सं. CHSS No.
05: इकाई Unit: 06: पैन कार्ड सं. Pan Card No:
07. आधार कार्ड सं. Aadhar Card No:
08. राशन कार्ड सं. Ration Card No.:

राशन कार्ड के अनुसार लाभार्थियों की सूची List of beneficiaries as per ration card:

- 1.
- 2.
- 3.

II. आश्रितों का विवरण (प्रत्येक आश्रित के संबंध में पृथक घोषणा) Details of Dependent (Separate Declaration in respect of each Dependent):

- i) नाम Name :
- ii) संबंध Relationship :
- iii) जन्म तिथि Date of Birth :
- iv) आयु Age :
- v) वैवाहिक स्थिति Marital Status :
- vi) अशक्तता (यदि कोई हो तो) Disability (if any) :
- vii) अध्ययनरत हैं अथवा नहीं Whether studying or not :
- viii) पेशा / रोजगार / व्यवसाय Profession/ Employment/ Occupation :
- ix) पत्रव्यवहार का पता Address for Communication :

- x) स्थायी पता Permanent Address :

- xi) मासिक आय Monthly Income :

xii) वार्षिक आय (संबंधित साक्ष्य की प्रतिलिपि संलग्न करें) Annual Income (Copy of relevant proof to be attached)

पेंशन Pension:

म्यूचल फंड Mutual Fund:

बैंक जमा Bank Deposits:

डाक बचत Postal Savings:

कृषि Agriculture:

किराए से आय Rented Income:

अन्य स्रोत Other Sources :

कुल Total:

xiii) a) PAN/GST का विवरण PAN/GST Details:

(साक्ष्य संलग्न करें Proof to be attached)

b) यदि उपलब्ध नहीं है तो उसका कारण if not available reason thereof:

xiv) a) ITR आय प्रमाण पत्र ITR Income Certificate

(साक्ष्य संलग्न करें Proof to be attached)

b) यदि उपलब्ध नहीं है तो उसका कारण if not available, reason thereof :

xv) a) आधार कार्ड संख्या AADHAR Card Number :

b) यदि उपलब्ध नहीं है तो उसका कारण if not available, reason thereof :

xvi) बैंक खाते का विवरण (ऐसे सभी खातों का विवरण दें जिसमें आश्रित का नाम प्रथम खाताधारक के रूप में हो) Bank Account details (Provide all available A/c's in which the dependent's name appears as the first account holder)

बैंक का नाम Bank Name	खाता संख्या Account No.	IFSC क्रमांक IFSC No.

(आश्रित के हस्ताक्षर/Signature of the Dependent/
बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान/ Left hand thumb impression)

नाम Name:

(कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of the Employee)

नाम Name :

पदनाम Designation:

इकाई Unit:

घोषणा Undertaking

मैं, श्री / श्रीमती _____, पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री _____,
आयु _____ निवासी _____, जिला _____, पदनाम : _____,
कार्यालय _____ एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी और
संलग्न दस्तावेजों में मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और इसमें कुछ भी छिपाया
नहीं गया है। मैं इस तथ्य से भली-भांति परिचित हूँ कि यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना असत्य/असत्य सिद्ध
होती है तो मुझे कानून के अनुसार दंड भुगतना होगा। साथ ही, मेरे द्वारा प्राप्त सभी लाभों को पूरी तरह
से वापस ले लिया जाएगा।

I, Shri/Smt. _____, son/ wife/ daughter of Shri _____, age
_____ resident of _____, District _____, designation:
_____ working at office _____ hereby declare that the
information given above and in the enclosed documents is true to the best of my knowledge and
belief and nothing has been concealed therein. I am well aware of the fact that if the information
given by me is proved false/ not true, I will have to face the punishment as per the Law. Also, all
the benefits availed by me shall be summarily withdrawn.

दिनांक Date :

स्थान Place :

आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the Applicant

फोन/मोबाइल Phone/Mob. :

ई-मेल e-Mail :

नोट : घोषणा में तथ्यों को छिपाने या गलत सूचना प्रस्तुत करने के मामले में अधिकारी के खिलाफ
सीएचएसएस कार्ड को रद्द करने सहित दंडात्मक / आपराधिक कार्रवाई की जाएगी।

Note: Penal/ Criminal action including cancellation of CHSS Card will be taken against officer in
case of suppression of facts or submission of false information in the Declaration.