



भाकृअनुप - केन्द्रीय पटसन एवं समवर्गीय रेशा अनुसंधान संस्थान
बैरकपुर, कोलकाता - 700121, पश्चिमबंगाल, भारत
ICAR – CENTRAL RESEARCH INSTITUTE FOR JUTE & ALLIED FIBRES
BARRACKPORE, KOLKATA – 700121, WEST BENGAL, INDIA
(AN ISO 9001: 2015 CERTIFIED INSTITUTE)
FAX: (033) 2535-0414 PHONE: (033) 2535-6121, 2535-6122
WEBSITE: WWW.ICAR.CRIJAF.GOV.IN, EMAIL: CRIJAF-WB@NIC.IN



संयुक्त घोषणा प्रपत्र
(JOINT DECLARATION FORM)

यह प्रमाणित किया जाता है कि हम, डॉ./श्री/सुश्री _____ ICAR-CRIJAF में _____ के रूप में कार्यरत हैं और डॉ./श्री/सुश्री _____ में _____ के रूप में कार्यरत हैं और पति-पत्नी दोनों सरकारी संस्था में कार्यरत हैं, जहां एलटीसी, मेडिकल, सीईए आदि की प्रतिपूर्ति की सुविधा मौजूद है। हम संयुक्त रूप से वचन देते हैं कि हमारे द्वारा निम्नलिखित सुविधाओं का लाभ उठाया जाएगा / दावा किया जाएगा:

It is to certify that we, Dr./Sh./Ms. _____ working at _____ as _____ and Dr./Sh./Ms. _____ working at _____ as _____ are husband and wife and both are employed in the Government entity, wherein facility for reimbursement of LTC, Medical, CEA, etc. exists. We jointly undertake that the following facilities shall be availed/claimed by us as under:

Sl. No. (क्रमांक संख्या)	Type of Facility (सुविधा का प्रकार)	Who shall Claim (दावेदार)	No. of Dependents (आश्रितों की संख्या)	Relationship with the Employee (कर्मचारी के साथ संबंध)
1	LTC (लीव ट्रेवल कन्सेशन)			
2	Medical (मेडिकल)			
3	CEA (सीईए)			
4	Misc. (विविध)			

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त घोषणा हमारी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। किसी भी परिवर्तन/संशोधन की स्थिति में, हम तुरंत संबंधित अधिकारियों को सूचित करेंगे। उपरोक्त से किसी भी विषयांतरकरण के मामले में, मैं/हम विषयांतरकरण के कृत्यों की चूक/कमी के लिए व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होंगे।

Certified that the above declaration is true and correct to the best of our knowledge. In the event of any change/modification, we shall immediately inform the authorities concerned. In case of any deviation from the above, I/we shall be personally responsible for the omission/commission of the acts of deviation.

Signature of ICAR Employee (आई.सी.ए.आर. कर्मचारी के हस्ताक्षर)

Name (नाम):

Place (स्थान):

Date (दिनांक):

Signature of Spouse (जीवनसाथी के हस्ताक्षर)

Name (नाम):

Counter Signature of the Head of the Office of the concerned establishment:

(Dated Signature with seal) (मुहर के साथ दिनांकित हस्ताक्षर)

Name (नाम):

Head of Office (कार्यालय का प्रमुख)/ DDO, ICAR-CRIJAF

(Dated Signature with seal)(मुहर के साथ दिनांकित हस्ताक्षर)

Name (नाम):

Head of Office (कार्यालय का प्रमुख)/DDO

