

**केन्द्रीय होमियोपैथी परिषद्**  
**CENTRAL COUNCIL OF HOMOEOPATHY**  
जनकपुरी, नई दिल्ली-58  
**JANAKPURI, NEW DELHI-58**

**Form 3**  
**पारिवारिक विवरण**  
**Details of Family**

कर्मचारी का नाम : .....

Name of the Council Servant : .....

पद : .....

Designation : .....

जन्म तिथि : .....

Date of Birth : .....

नियुक्ति की तिथि : .....

Date of Appointment : .....

\*परिवार के सदस्यों का विवरण (दिनांक ..... को) –

क्रम सं०	परिवार के सदस्य का नाम	जन्म तिथि	कर्मचारी के साथ सम्बन्ध	कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर	टिप्पणी

Details of the Members of my family : .....

\*as on

Serial No.	Name of the Members of Family*	Date of Birth	Relationship with the Officer	Initials of the Head of Office	Remarks
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

एतद् द्वारा मैं घोषणा करता हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण में किसी भी प्रकार का परिवर्तन होने (कोई नाम घटने या बढ़ने) पर मैं कार्यालय प्रमुख को विज्ञप्ति के माध्यम से अद्यतन रखूँगा।

I hereby undertake to keep the above particulars up-to-date by notifying to the Head of Office any addition or alteration

(स्थान) Place : .....

(दिनांक) Dated : .....

(परिषद् के कर्मचारी के हस्ताक्षर)  
**Signature of Council Servant**

\*'परिवार' का अर्थ सी.सी.एस. पेन्शन नियम, 1972 के नियम 54 की धारा (14) की उपधारा (ख) में दी गई परिभाषा के अनुसार होगा।

\*Family for this purpose means family as defined in Clause (b) of sub rule (14) of Rule 54 of the CCS (Pension) Rules, 1972

टिप्पणी : पति/पत्नी में कानूनन अलग हो चुके पति/पत्नी भी सम्मिलित होंगे।

**Note:** Wife and husband shall include respectively judicially separated wife and husband.

श्री/श्रीमती.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री .....निवासी.....  
..... के हस्ताक्षर सत्यापित किए जाते हैं।

1.

2.

Signature of S/o/W/o .....R/o.....is hereby attested.

1.

2.