



राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण
जल शक्ति मंत्रालय, भारत सरकार
(जल संसाधन, नदी विकास और गंगा संरक्षण विभाग)
National Water Development Agency
Ministry of Jal Shakti, Government of India
(Department of Water Resources, River Development and Ganga Rejuvenation)



F. No. Admn.-20073/05/2021/189-522

Dated: 19.01.2023

CIRCULAR

It has been observed that the officers/ officials furnished the details of dependent family members for claiming reimbursement of medical expenses/ leave travel concession/ children education allowance etc., years back and need to be updated.

Accordingly, all the regular employees are requested to kindly submit the up-to-date details of dependent family members in the enclosed prescribed format to their Controlling Officer/ Unit Head and copies be endorsed to Director (Admn.) through respective Chief Engineers latest by 10.02.2023.

In case, spouse of the employee is working a joint declaration form duly filled in and certified by the concerned office also to be submitted for service record.

All the Unit Head are requested to bring it to the notice of all employees under their control.

Hindi version will follow.


19/1/23

(Rajesh Kumar)

Dy. Director (Admn.)

Encl.: a/a

To

1. Chief Engineer (Hqrs.)/(N)/(S), NWDA, Delhi/Lucknow/Hyderabad.
2. Director (Tech.)/ (Fin.)/ (MDU)/(SCILR), NWDA, Saket, New Delhi.
3. Superintending Engineer Unit (North / South), NWDA, Palika Bhawan, New Delhi.
4. All Superintending Engineers, NWDA.
5. All Executive Engineers, NWDA.
6. Executive Engineer (HQ), NWDA, Saket, New Delhi.
7. Notice Board/ Web master, NWDA

Copy for information to:

1. PS to Director General, NWDA, Saket, New Delhi.
2. PS to Chief Engineer (HQ), NWDA, Saket, New Delhi



राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण

जल शक्ति मंत्रालय, भारत सरकार

(जल संसाधन, नदी विकास और गंगा संरक्षण विभाग)

National Water Development Agency

Ministry of Jal Shakti, Government of India

(Department of Water Resources, River Development and Ganga Rejuvenation)



स: प्रशा.-20073/05/2021 /489-522

दिनांक: 19.01.2023

परिपत्र


यह देखा गया है कि अधिकारियों/कर्मचारियों द्वारा चिकित्सा व्यय/ अवकाश यात्रा रियायत/बच्चों की शिक्षा भत्ता आदि की प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए परिवार के आश्रित सदस्यों का विवरण प्रस्तुत किया गया है। वह बहुत पुरानी है और संशोधन की आवश्यकता है।

तदनुसार, सभी नियमित अधिकारियों/कर्मचारियों से अनुरोध किया जाता है, कि कृपया आश्रित परिवार के सदस्यों के संशोधित विवरण को निर्धारित प्रोफार्मा में भरकर अपने नियंत्रण अधिकारी/यूनिट हेड के पास जमा करें और प्रतियां संबंधित मुख्य अभियंताओं के माध्यम से दिनांक 10.02.2023 तक निदेशक (प्रशा.) को पृष्ठांकित करें।

यदि, अधिकारी/कर्मचारी का जीवनसाथी भी सेवा में है तो कर्मचारी को एक संयुक्त घोषणा पत्र भर कर जीवनसाथी के कार्यालय से सत्यापित कराके कार्यालय में सेवा रिकॉर्ड के लिए प्रस्तुत किया जाना है।

सभी इकाई प्रमुखों से अनुरोध है कि वे इस सूचना को अपने नियंत्रणाधीन सभी कर्मचारियों के ध्यान में लाएं।

सलंगन: यथोपरि।


19/1/23
(राजेश कुमार)
उपनिदेशक (प्रशा.)

प्रति:-

1. मुख्य अभियंता (मुख्य.)/ (उत्तर)/(दक्षिण) रा.ज.वि.अ., दिल्ली/लखनऊ/हैदराबाद।
2. निदेशक (तक.)/ (वित्त)/ (एमडीयू) / (एससीआईएलआर), रा.ज.वि.अ., साकेत नई दिल्ली।
3. अधीक्षण अभियंता (उ/द), रा.ज.वि.अ, पालिका भवन, नई दिल्ली।
4. सभी अधीक्षण अभियंता, रा.ज.वि.अ.।
5. सभी अधिशासी अभियंता, रा.ज.वि.अ.।
6. अधिशासी अभियंता, (मु.) रा.ज.वि.अ., साकेत नई दिल्ली।
7. नोटिस बोर्ड/वेब मास्टर, रा.ज.वि.अ.।

प्रतिलिप सूचनार्थ:-

1. महानिदेशक के निजी सचिव, रा.ज.वि.अ., नई दिल्ली।
2. मुख्य अभियंता के निजी सचिव, (मु.), रा.ज.वि.अ., नई दिल्ली।



राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण
NATIONAL WATER DEVELOPMENT AGENCY

18-20, कम्युनिटी सेंटर, साकेत, नई दिल्ली -110017
18-20, Community Centre, Saket, New Delhi-110017

संलग्नक 'घ'/ANNEXURE 'D'

प्रमाण पत्र : परिवार के सदस्यों के बारे में विवरण
CERTIFICATE : REGARDING DETAILS OF FAMILY MEMBERS

यह प्रमाणित किया जाता है कि मेरे परिवार के सदस्य निम्नलिखित हैं, जो मुझ पर पूर्ण रूप से आश्रित हैं:-
It is certified that I have got the following family members, who are totally dependent on me:-

क्र.स. S. No.	नाम Name	व्यवसाय Occupation	सभी स्रोतों से आय जिसमें पेंशन भी शामिल है Monthly Income from all sources Including pension	आयु एवं जन्म की तारीख Age & D.O.B	संबंध Relationship

दिनांक/Dated

हस्ताक्षर/SIGNATURE

कार्मिक का नाम /NAME OF THE EMPLOYEE.....

पदनाम/DESIGNATION.....

राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण
National Water Development Agency

18-20, कम्युनिटी सेंटर, साकेत, नई दिल्ली - 110017

18-20, Community Centre, Saket, New Delhi

JOINT DECLARATION FOR CLAIMING REIMBURSRMENT OF MEDICAL EXPENSES/LEAVETRAVELCONCESSION/CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE (IN CASE BOTH HUSBAND & WIFE ARE GOVT. EMPLOYEES)

DECLARATION BY HUSBAND

I _____, hereby declare that my spouse, Smt. _____ is working in _____ as _____. I also declare that I will avail all the benefits such as Medical Facilities, Leave Travel Concession, Children Education Allowance, etc. from my office/ from the office of my spouse for myself and my family members as mentioned below:

S. No.	Name	Relationship
1		
2		
3		
4		

Signature of Employee _____

Designation _____

Date _____

DECLARATION BY WIFE

I _____, hereby declare that my spouse, Shri _____ is working in _____ as _____. I also declare that I will avail all the benefits such as Medical Facilities, Leave Travel Concession, Children Education Allowance, etc. from my office/ from the office of my spouse for myself and my family members as mentioned below:

S. No.	Name	Relationship
1		
2		
3		
4		

Signature of Employee _____

Designation _____

Date _____

Note:

1. Acceptance of the declaration by the Competent Authority in the spouse's office should be submitted along with this declaration, failing which it would not be accepted.
2. In case of any change in future, the same should also be intimated jointly.