



क्रमांक संख्या / Ref no.NITJ/.....

दिनांक / Dated .....

## निर्भरता स्थिति घोषणा प्रपत्र

मैं, ..... विभाग/अनुभाग ..... एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे परिवार के निम्नलिखित सदस्य पूर्ण रूप से मुझ पर निर्भर हैं।

पारिवारिक सदस्यों का पूर्ण विवरण:

क्र.सं.	पूरा नाम	जन्म तिथि	आधार संख्या	वैवाहिक स्थिति	सम्बन्ध	व्यवसाय/नियोजक का नाम	सभी स्रोतों से मासिक आय
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

मेरे परिवार के आश्रित सदस्यों का उपरोक्त विवरण सही है। यदि कोई कथन असत्य पाया जाता है तो मैं अनुशासनात्मक कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होऊँगा।

(आवेदक के हस्ताक्षर)

नाम : \_\_\_\_\_  
पदनाम : \_\_\_\_\_  
विभाग/अनुभाग : \_\_\_\_\_

तिथि: \_\_\_\_\_

अग्रेसित

(विभागाध्यक्षक के हस्ताक्षर)

कुलसचिव



डा बी आर अम्बेडकर राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, जालन्धर - १४४०११, पंजाब (भारत)  
Dr B R AMBEDKAR NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, JALANDHAR- 144011, PUNJAB (INDIA)

ई/E-6

क्रमांक संख्या/Ref no.NITJ/.....

दिनांक/Dated .....

## DEPENDENCY STATUS DECLARATION FORM

I, \_\_\_\_\_ Department/Section \_\_\_\_\_ do hereby declare that following are the members of my family are wholly dependent upon me.

### DETAILS OF MEMBERS OF FAMILY:

Sr. No.	Name in Full	Date of Birth	Adhhar No.	Marital Status	Relationship	Occupation/ Employer Name	Monthly Income from all sources
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

The particulars of dependent members of my family as given above are correct. If any statement is found to be untrue I shall be liable for disciplinary action.

\_\_\_\_\_  
(Signature of employee)

Name: \_\_\_\_\_

Designation: \_\_\_\_\_

Dept./Sec.: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Forwarded**

\_\_\_\_\_  
(Signature of the Head)

Registrar