

भा. प्रौ. सं. मण्डी 175 075 (हिमाचल प्रदेश)

**IIT Mandi 175 075 (Himachal Pradesh)**

**If Spouse is Govt. employee**

चिकित्सा व्यय/अवकाश यात्रा रियायत/शिशु शिक्षा भत्ता प्रतिपूर्ति दावा हेतु संयुक्त घोषणा पत्र  
**JOINT DECLARATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES / LEAVE  
TRAVEL CONCESSION / CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE**

हम संयुक्त रूप से यह घोषित करते हैं कि अपने तथा अपने आश्रित बच्चों के संबंध में चिकित्सा व्यय/अवकाश यात्रा रियायत/ शिशु शिक्षा भत्ता प्रतिपूर्ति दावा \_\_\_\_\_ द्वारा उसके नियोक्ता अर्थात् भा. प्रौ. सं. मण्डी १७५ ०७५ (हिमाचल प्रदेश) से किया जायेगा तथा \_\_\_\_\_ द्वारा अपने नियोक्ता अर्थात् \_\_\_\_\_ द्वारा उक्त प्रकार का कोई दावा नहीं किया जायेगा ।

We hereby declare that the claims on account of reimbursement of Medical Expenses/ Leave Travel Concession/ Children Education Allowance in respect of ourselves and dependent children will be made by \_\_\_\_\_, from his/her employer viz. I.I.T. Mandi 175 075 (Himachal Pradesh) and no such claims will be preferred by \_\_\_\_\_ on his/her employer viz \_\_\_\_\_.

(Claimant)

(Employer of claimant)

हस्ताक्षर / Signature : \_\_\_\_\_  
पति/पत्नीका नाम / Name of Husband/Wife : \_\_\_\_\_  
पदनाम / Designation : \_\_\_\_\_  
नियोक्ताका नाम / Name of Employer : \_\_\_\_\_  
दिनांक / Date : \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर / Signature : \_\_\_\_\_  
पति/पत्नीका नाम / Name of husband/Wife : \_\_\_\_\_  
पदनाम / Designation : \_\_\_\_\_  
नियोक्ताका नाम / Name of Employer : \_\_\_\_\_  
दिनांक / Date : \_\_\_\_\_

प्रतिलिपि/c.c. To:

1. कुलसचिव/The Registrar,  
भा.प्रौ.सं.मण्डी१७५०७५ (हिमाचलप्रदेश)/I.I.T., Mandi 175 075 (Himachal Pradesh)
2. उपकुलसचिव (प्रशासन एवं भर्ती)/The Asst. Registrar (Admin. & Recruit.),  
भा.प्रौ.सं.मण्डी१७५०७५ (हिमाचलप्रदेश)/I.I.T., Mandi 175 075 (Himachal Pradesh)