



केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड
(पर्यावरण, वन एवं जलवायु परिवर्तन मंत्रालय, भारत सरकार)
'परिवेश भवन', पूर्व अर्जुन नगर
दिल्ली-110032

फाइल सं: एडी- 99/1/2026- एडमिन-सी_एम-एचओ-सीपीसीबी-एचओ
६०९

दिनांक : फरवरी 04, 2026

परिपत्र

विषय : केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड के सेवारत कर्मचारियों द्वारा 'केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड चिकित्सा सुविधा' का लाभ प्राप्त करने हेतु चिकित्सा कार्डों का अद्यतन / पुनरीक्षण करने के संबंध में।

वर्तमान में, जेम (जीईएम) के माध्यम से लाभार्थीवार 'केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड चिकित्सा सुविधा' कार्डों की मुद्रण प्रक्रिया प्रगति पर है। सेवारत कर्मचारियों के संबंध में उक्त चिकित्सा कार्डों के मुद्रण हेतु डाटा संकलन के दौरान समन्वय एवं चिकित्सा दावा प्रभाग द्वारा यह पाया गया है कि मौजूदा चिकित्सा कार्डों [सीएस(एमए) मेडिकल कार्ड] में दर्ज कई विवरण, जैसे आश्रित परिवार के सदस्यों का विवरण, मूल वेतन, वेतन स्तर (अस्पताल में वार्ड पात्रता के निर्धारण हेतु) तथा आवासीय पता आदि को अद्यतन/संशोधन किए जाने की आवश्यकता है। इसके अतिरिक्त, आश्रित बच्चों के नवीनतम फोटोग्राफ भी आवश्यक हैं, क्योंकि अधिकांश मौजूदा चिकित्सा कार्ड तीन से चार वर्ष पूर्व जारी किए गए थे।

केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड के उन सभी सेवारत कर्मचारियों, जो दिनांक 07 मई, 2025 के कार्यालय ज्ञापन संख्या एफएम/1/2024-एडमिन-सी_एम-एचओ-सीपीसीबी-एचओ/70 अनुपालन में 'केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड चिकित्सा सुविधा' का लाभ ले रहे हैं, से अनुरोध है कि वे केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड की वेबसाइट से "केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड चिकित्सा सुविधा कार्ड हेतु आवेदन पत्र (सेवारत कार्मिकों हेतु)" डाउनलोड करें। विधिवत भरा हुआ आवेदन पत्र, स्वयं तथा पात्र आश्रितों के नवीनतम फोटोग्राफ एवं निर्धारित अद्यतन विवरणों सहित, इस परिपत्र के निर्गमन की तिथि से 15 दिनों के भीतर अनिवार्य रूप से समन्वय एवं चिकित्सा दावा प्रभाग में प्रस्तुत करें। प्रस्तुत विवरणों का सेवा पुस्तिका अभिलेखों से सत्यापन किए जाने के उपरांत, तदनुसार 'केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड चिकित्सा सुविधा कार्ड' जारी किए जाएंगे।

यह केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड के सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जा रहा है।

रेखा नारंग

ज्येष्ठ प्रशासनिक अधिकारी एवं
प्रभाग प्रमुख (समन्वय एवं चिकित्सा दावा)

वितरण:

- सभी प्रभाग प्रमुख, सीपीसीबी, दिल्ली : अपने अधीनस्थ अधिकारियों एवं कर्मचारियों के मध्य परिचालित करने के अनुरोध सहित।
- सभी क्षेत्रीय निदेशक / परियोजना कार्यालय, सीपीसीबी : अपने अधीनस्थ अधिकारियों एवं कर्मचारियों के मध्य परिचालित करने के अनुरोध सहित।
- अध्यक्ष, केंद्रीय बोर्ड के निजी सचिव : अध्यक्ष, केंद्रीय बोर्ड को सादर सूचनार्थ।
- सदस्य सचिव के निजी सचिव: सदस्य सचिव को सादर सूचनार्थ।
- प्रशासनिक अधिकारी (कार्मिक) : आवश्यक कार्यवाई हेतु।
- प्रभाग प्रमुख (सूचना प्रौद्योगिकी) : सीपीसीबी के सभी कार्यरत कर्मचारियों को सूचना के लिए सीपीसीबी की वेबसाइट पर परिपत्र अपलोड करने हेतु।
- समस्त सूचना पट्ट।



CENTRAL POLLUTION CONTROL BOARD
(Ministry of Environment, Forest & Climate Change, Govt. of India)
'Parivesh Bhawan', East Arjun Nagar
Delhi-110032

File No: AD-99/1/2026-ADMIN-C_M-HO-CPCB-HO *S09*

Dated: February 04, 2026

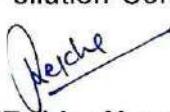
CIRCULAR

Subject : Updation / Revision of Medical Cards for availing of 'CPCB Medical Facility' by serving employees of CPCB – reg.

The process of printing Individual Beneficiary-wise 'CPCB Medical Facility' Cards, through GeM, is currently under progress. During compilation of data for printing of the said Medical Cards in respect of serving employees, it has been observed by Coordination & Medical Claims Division that several particulars recorded in the existing Medical Cards [CS(MA) Medical Card], such as details of dependent family members, basic pay, pay level (for determination of Ward entitlement in hospital) and residential address etc. require updation/revision. Further, latest photographs of dependent children are also required, as most of the existing Medical Cards were issued three to four years ago.

All the serving employees of CPCB, who are availing 'CPCB Medical Facility', in compliance with Office Memorandum No. FM/1/2024-ADMIN-C_M-HO-CPCB-HO/70 dated May 07, 2025, are requested to download the "**Application for CPCB Medical Facility Card (For Serving Employees)**" from the CPCB Website. The duly filled-in Application Form, alongwith the latest photographs of self and eligible dependents and prescribed updated particulars must be submitted to the Coordination & Medical Claims Division within 15 days from the date of issuance of this Circular. Upon verification of the furnished details with the Service Book records, 'CPCB Medical Facility Cards' will be issued accordingly.

This is being issued with approval of the Competent Authority, Central Pollution Control Board.


(Rekha Narang)
Senior Administrative Officer &
Divisional Head (Coord. & Medical Claims)

Distribution:

1. All Divisional Heads-CPCB Delhi : with a request to circulate among their staff
2. All Regional Directors/Project Office, CPCB – with a request to circulate among their staff
3. PS to CCB : for kind information of CCB please
4. PS to MS : for kind information of MS please
5. AO (P) : for necessary action please
6. Divisional Head IT : To upload this circular in CPCB Website for information of all serving employees of CPCB
7. All Notice Boards



केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड
CENTRAL POLLUTION CONTROL BOARD

[पर्यावरण, वन और जलवायु परिवर्तन मंत्रालय]
[Ministry of Environment, Forest & Climate Change]
परिवेश भवन, पूर्वी अर्जुन नगर, दिल्ली-110032
Parivesh Bhawan, East Arjun Nagar, Delhi – 110 032

केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड चिकित्सा सुविधा कार्ड हेतु आवेदन
APPLICATION FOR CPCB MEDICAL FACILITY CARD

- के.प्र.नि.बो. कर्मचारी सं. / CPCB Employee Number : के.प्र.नि.बो. / CPCB.....
- आवेदक का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Name of the Applicant :
- पदनाम / Designation :
- मूल वेतन एवं वेतन मैट्रिक्स में वेतन स्तर (स्तर एवं कोषिका) / Basic Pay & Level in the Pay Matrix (Level & Cell) :
- वर्तमान आवासीय पता / Present Residential Address :
- स्थायी आवासीय पता/ Permanent Residential Address :
- दूरभाष सं./Contact Number : एक्सटेंशन सं / Ext No.....
मोबाइल सं. / Mob. No.....
- ई-मेल आईडी/Email ID :
- के.प्र.नि.बो. में नियमित नियुक्ति की तिथि / Date of Regular Appointment in CPCB :
- अगली वेतनवृद्धि की तिथि / Date of next increment : 1 जनवरी / 1st January या/or 1 जुलाई / 1st July.....
- परिवार के आश्रित लाभार्थियों का व्यौरा / Details of family dependent beneficiaries:

क्र. सं. / Sr. No.	परिवार के सदस्य(यों) का/के नाम Name of the Family Member(s) (स्पष्ट अक्षरों में)/(IN BLOCK LETTERS)	के.प्र.नि.बो. कार्ड धारक से संबंध Relationship to CPCB Card Holder	जन्म तिथि Date of Birth (अनिवार्य) (Compulsory)	ब्लड ग्रुप Blood Group (वैकल्पिक) (Optional)
1		स्वयं / Self		
2				
3				
4				
5				
6				

12. क्या उपर्युक्त सभी व्यक्ति आप पर आश्रित हैं और आपके साथ रहते हैं?/Are all the persons whose names are given above are dependent upon you and are residing with you?

फोटो Photo	फोटो Photo	फोटो Photo	फोटो Photo	फोटो Photo	फोटो Photo
क्र. स. / S.No. नाम/ Name					

घोषणा / DECLARATION

- यदि इस आवेदन पत्र में शामिल मेरे परिवार के सदस्यों के निर्भरता मानदंडों में कोई परिवर्तन होता है तो मैं तुरंत के.प्र.नि.बो. को सूचित करने का वचन देता/देती हूं। यदि मैं सूचित करने में विफल रहता/रहती हूं और यदि के.प्र.नि.बो. के संज्ञान में किसी प्रकार परिवर्तन आता है, तो के.प्र.नि.बो. की चिकित्सा सुविधा को के.प्र.नि.बो. द्वारा वापस लिया जा सकता है और के.प्र.नि.बो. और/अथवा उपर्युक्त प्राधिकरण मेरे विरुद्ध कोई भी कार्रवाई करने के लिए स्वतंत्र होंगे। / I undertake to intimate to CPCB immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form. If I fail to intimate and if the CPCB comes to know of the change, then the CPCB Medical facility is liable to be withdrawn by the CPCB and the CPCB and /or Appropriate Authority will be free to initiate any action against me.
- मैं के.प्र.नि.बो. चिकित्सा लाभ के लिए पात्र न रहने पर के.प्र.नि.बो. चिकित्सा कार्ड वापसी करने का वचन देता/देती हूं। / I undertake to surrender the CPCB Medical Card on ceasing to be eligible for CPCB Medical benefits.
- मैं प्रमाणित करता/ती हूं कि न तो मैं और न ही मेरे आश्रित (जैसा कि ऊपर क्र. सं. 11 में उल्लेख किया गया है) किसी अन्य कार्यालय या संगठन से कोई चिकित्सा सुविधा प्राप्त कर रहे हैं। / I certify that neither I nor my dependents (as mentioned at SL. No. 11 above) are availing any medical facilities from any other office or organization.
- मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई जानकारी सही है और कोई भी जानकारी छिपाई नहीं गई है अथवा गलत तरीके से प्रस्तुत नहीं की गई है और मैं इसके लिए उत्तरदायी हूं। / I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

(आवेदक के हस्ताक्षर)
(Signature of Applicant)

नाम / Name :
पदनाम / Designation :
सीपी सं. / CP No :
दूरभाष सं. / Contact. No :
ई-मेल आईडी / E-Mail ID :

दिनांक / Date :

स्थान / Place :

कृपया निम्न की प्रति संलग्न करें / Please attach copy of :

- आधार कार्ड / राशन कार्ड / मतदाता पहचान पत्र / पासपोर्ट अथवा महाविद्यालय / विद्यालय / विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र / बैंक पास बुक की प्रति या कोई अन्य वैध दस्तावेज जिसे भारतीय रिजर्व बैंक दिशानिर्देशों के अनुसार आपके और आश्रित परिवार के सदस्यों के पहचान और पते के प्रमाण के रूप में उपयोग किया जा सकता हो। / Copy of Aadhaar Card / Ration Card / Election ID / Passport / Identity Card issued by College / School / University / Bank Pass Book or any other valid document as per RBI guidelines as ID and address proof for Self and Dependent family members.
- कर्मचारी की नवीनतम वेतन पर्ची। / Latest Salary Slip of the employee.
- आश्रित का दिव्यांगता प्रमाण पत्र (यदि लागू हो, तो) / Disability Certificate of Dependent (If applicable).
- पुत्र की आयु का प्रमाण (यदि लागू हो, तो) / Proof of age of son (If applicable).
- मौजूदा चिकित्सा कार्ड की प्रति / Copy of existing Medical Card.