

The National Institute of Health & Family Welfare
(Workshop and Maintenance Section)

WMS-15011/1/2022-WMS-Part (2)

Date: 19th Feb 2026

CIRCULAR

The eligible & interested employees of the Institute are advised to see the type of vacant flats (as per their entitlement) before applying and thereafter fill out the application. Afterwards, the filled application (from Page no. 1 to 4) form shall be duly verified through the concerned administration (Admin - I or Admin II) and submitted to the WMS on or before **02 Mar 2026**.

<u>S.No</u>	<u>Category of Flats</u>	<u>No of Vacant Flats</u>
01	Type I	35
02	Type II	26
03	Type III	15
04	Type IV	1
05	Type V	22

Furthermore, the applicant/staff(s) may kindly note that, after the closing date & time, i.e. **02 Mar 2026 @ 4:00 PM**, no more corrections/amendments/requests, etc. will be accepted/entertained until the next allotment process starts. Once allotment is done, withdrawing from allotment may attract a penalty as per the rules.

This issues with the approval of the Chairperson, House Allotment Committee.

(Amar Nath Gupta)

Workshop & Maintenance Officer

For Information: -

1. SPA to Director
2. PA to D.D (Admin.)
3. All HODs and Sectional Head
4. Faculty In-charge, WMS
5. In-charge, Admn. I & II- for verification
6. I/C Computer Centre- for uploading on E-office & Institute website.
7. Notice Board
8. Guard File

APPLICATION FORM FOR ALLOTMENT OF RESIDENTIAL ACCOMMODATION

1. Name and Designation of the Applicant _____

2. Pay Band + Grade Pay _____

3. Date of Joining _____

4. NIHFWS quarter allotted, then the details thereof:

Type and Flat No.: _____

Date of Allotment: _____

5. Do you want to be considered for allotment for the vacancy available?

- i. Type I -- Yes/No; _____
- ii. Type II-- Yes/No ; _____
- iii. Type III--Yes/No ; _____
- iv. Type IV – Yes/No; _____
- v. Type V – Yes/No; _____

Remarks (If Any): -

6. **Declaration**: I hereby declare that I have personally visited and inspected the flat and thereafter I filled the Allotment Form.

(Signature of Applicant)

Name of Applicant: _____

Designation: _____

Pay Scale: _____

Department: _____

Contact Number: _____

Note: The Above details (Sr. No. 1, 2 &3) should be duly verified by the administration.

Remarks: _____

(In-charge Admin)

क्रमसंख्या _____

Sl. No. _____

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE
टाइप-I से V तक के स्टाफ क्वार्टरों के आबंटन हेतु आवेदन फार्म
APPLICATION FORM FOR ALLOTMENT OF RESIDENTIAL
ACCOMMODATION FOR TYPE I AND TYPE V

कार्यालय के प्रयोग हेतु

For Office Use only _____

आबंटित टाइप

Allotted Type _____

क्वार्टर नं.

House No. _____

आबंटन क्लर्क के तिथि सहित हस्ताक्षर

Allocation Clerk's initial with date _____

1. नाम (स्पष्ट अक्षरों में)

Name(in block letters) _____
(उपनाम/Surname) (नाम/Name)

2. पदनाम*

Designation* _____

3. विभाग/अनुभाग

Deptt./Section _____

4. वेतनमान

Scale of Pay _____

5. 01.01.2026 के अनुसार ग्रेड वेतन (लेवल)

Grade Pay (Level) as on 01.01.2026(7th Pay Commission) _____

6. संस्थान की सेवा में नियुक्ति की तिथि

Date of Joining the Institute _____

7. Date of recent promotion in present pay level _____

*संस्थान के नियमित कर्मचारी, जो संस्थान की विभिन्न परियोजनाओं में कार्यरत हैं वह उक्त कॉलम संबंधी सूचना संस्थान के अंतर्गत अपने पद के संदर्भ में भरें।

*Institute's Regular employees working in Projects in the Institute should fill-in these Columns with reference to their post on the Institute's strength and not that of Project.

7. जिस टाइप के लिए आप आवेदन कर रहे हैं उसका उल्लेख करें।

Indicate the types for which you are applying. _____

टाइप ग्रेड-वेतन
Type Grade Pay

सही पर निशान लगाएँ
Mark Proper

- | | |
|-----|--|
| I | रु. 1300/- से 1800/-
Rs. 1300 to Rs. 1800 |
| II | रु. 1900/- से 2800/-
Rs. 1900 to Rs. 2800 |
| III | रु. 4200/- से 4800/-
Rs. 4200 to Rs. 4800 |
| IV | रु. 5400/- से 6600/-
Rs. 5400 to Rs. 6600 |
| V | रु. 7600/- से 8900/-
Rs. 7600 to Rs. 8900 |

8. क्या आप अ.जा./अ.ज.जा. के हैं अथवा विकलांग हैं? हाँ/नहीं Remarks
Do you belong to SC/ST or a PWD ? Yes/No _____

9. सेवा निवृत्ति की तिथि
Date of Retirement or Superannuation _____

10. लिंग पुरुष महिला
Sex Male Female

11. वैवाहिकस्तर अविवाहित विवाहित
Marital Status Single Married

12. क्या अस्थायी / स्थायी कर्मचारी हैं
Whether Temporary/Permanent _____

13. (क) क्या आपका/आपके पति या पत्नी/आपके आश्रित बच्चों का दिल्ली में मकान हैं ?
Do you/your spouse/your dependent children own a house in Delhi _____

(ख) यदि हाँ तो मकान का विवरण दें
If yes, give particulars of the house _____

14. क्या आप / आपके पति या पत्नी सम्पदा निदेशालय / विभागीय पूल/अन्य संस्था द्वारा आबंटित मकान में रहते हैं ? Are you/is your spouse occupying accommodation allotted by Directorate of Estates/Department Pool/Any Other Organization? Yes/No

यदि हाँ तो अलॉटी का नाम If yes, Name of Allottee _____

Designation _____

Address _____

Name of Pool _____

घोषणा
DECLARATION

1. मैं संस्थान के क्वार्टरों संबंधी आवंटन नियमों अथवा समय-समय पर यथा संशोधित नियमों अथवा लागू आवंटन नियमों का पालन करने के लिए सहमति प्रकट करता हूँ।

I agree to abide by the Allotment Rules of the Institute or as may be amended from time to time or relevant allotment rules applicable.

2. मैं आवास की स्वीकृति से इनकार करने की स्थिति में लगाए जाने वाले दंड (यानी 6 महीने की रोक) के बारे में जानता हूँ, गलत जानकारी प्रस्तुत करने के साथ-साथ आवंटन से इनकार कर दिया गया है।

I am aware of the penalties to be imposed in the event of refusal of acceptance of accommodation (i.e. debarment of 6 months) of the entitled type of furnishing of false information, as well as refusal of allotment.

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

दिनांक

Date: _____