

**RAJASTHAN STATE INDUSTRIAL DEVELOPMENT
AND INVESTMENT CORPORATION LIMITED:
UDYOG PHAWAN, TILAK MARG, JAIPUR - 302 005**

No. A.1(4) 94/89/Pt V/5649
March 07, 2025

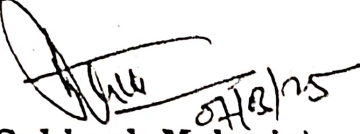
OFFICE ORDER

The Board of Directors in its meeting held on 16.12.2024 vide item No. 19 has accorded approval for Adoption and Implementation of Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) in RIICO and has accorded approval as under:

1. Options may be taken from the in-service employees for opting RGHS or to continue with existing RIICO Medical Attendance Rules, 1979 subject to the withdrawal of pending writ petitions. The options may be taken in writing in order to avoid any legal complications in future.
2. Those employees who would like to continue in existing RIICO Medical Attendance Rules, 1979, may continue to the same and those employees who would like to opt for RGHS may switch into RGHS.
3. Those in-service employees who would like to opt RGHS may bear subscription premium as per norms of State Government.
4. Those retired employees who would like to opt RGHS, contribution lies in their respective RIICO Retired Medical Fund Account will be utilized for the payment of premium under the RGHS as employee contribution.
5. Registrations for 345 retired employees who retired before 28.02.2022 were being done at a premium of Rs. 61,000/- wherein 30,500/- was deposited by the employee and Rs. 30,500/- for each employee was deposited by the Corporation. Later, this premium was increased to Rs. 1,05,000/-. OPS being introduced in the Corporation on 01.04.2023. In this regard, it was decided that if a retired employee deposited the enhanced premium amount of Rs. 44,000/- (the amount increased for additional medical benefits under RGHS) then the same may be transferred by RIICO to the concerned department.
6. The employees retired after 28.02.2022 can make registration for RGHS at a premium of is Rs. 1,05,000/-. The manner in which this premium is to be splitted between employee & employer (whether in equal ratio OR as Rs. 30,500/- by the Corporation as in case of employees retired before 28.02.2022). In such situation, in order to maintain similarity between the employees who are retired before 28.02.2022 and after this date and willing to opt RGHS, a contribution of RIICO will Rs. 30,500/- and rest amount may be deposit by the retired employees.

7. The dated of reimbursement of Medical Bills under the RIICO Medical Attendance Rules, 1979 extended by 6 months till 31.12.2024.

8. The Board further authorized Managing Director of the Corporation to allow adoption of any future notification/circular/amendment in the Rules of the Corporation with regard to the RGHS as analogous to the State Government as issued by the Government of Rajasthan from time to time.


(Subhash Maharia)
Advisor (A&M)

Copy to:

1. All Controlling Officers
2. All Cell-Incharge
3. All Unit Heads
4. Secretary
5. DGM (HRD)/(Computer)
6. Manager (HRD/Bills/GAD) ✓
7. Notice Board
8. Office Order File/Concerned File

Copy also to:

- Sr. PS to Chairman
- Sr. PS to MD
- Sr. PS to ED

Encl.: Option Forms for In-Service and Retired Employees of the Corporation

राजस्थान स्टेट इण्डस्ट्रियल उपलभ्येन्ट एण्ड प्रोन्नोटेन्ट कॉर्पोरेशन लिमिटेड,
उद्योग भवन, तिलक मार्ग, जयपुर - 302005

विकल्प-पत्र
(सेवारत कार्मिक हेतु)

(निम्न विकल्प पत्र का II में से कोई एक विकल्प का ही चयन किया जाना है, जो कार्मिक पर प्रभावी रहेगा)

I
निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक के तहत मैं,
..... पुत्र/पुत्री/पत्नी पद का नाम
प्रकोष्ठ/इकाई का नाम Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) के
विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

मैं रीको को RGHS की सदस्यता/अंशदान भरे चेतन में से कटौती करने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ। (संलग्न परिशिष्ट-1 में कार्मिक सूचना उपलब्ध कराये।)

(भरे द्वारा उक्त प्रकरण में कोई रिट याचिका दायर नहीं की गयी है/मैं रिट याचिका संख्या 6633/2022 अथवा 5004/2022 में पक्षकार हूँ एवं मेरा विकल्प पत्र उक्त रिट के withdraw होने के पश्चात् स्वीकार किया जाये।)

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य भेरी जानकारी में सत्य है।
असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम.....

पदनाम.....

कर्मचारी कोड संख्या.....

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

- नोट- 1. उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एचआरडी प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।
2. यदि उक्त रिट याचिका प्राक्धान लागू हो, तो withdraw आदेश की प्रति संलग्न करें।
3. जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जाये।

विकल्प-पत्र
(सेवारत कार्मिक हेतु)

II

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक के तहत मैं,
..... पुत्र/पुत्री/पत्नी पद का नाम
प्रकोष्ठ/इकाई का नाम RIICO Medical Attendance Rules, 1979 के विकल्प हेतु
अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

(भरे द्वारा उक्त प्रकरण में कोई रिट याचिका दायर नहीं की गयी है/मैं रिट याचिका संख्या 6633/2022 अथवा 5004/2022 में पक्षकार हूँ एवं मेरा विकल्प पत्र उक्त रिट के withdraw होने के पश्चात् स्वीकार किया जाये।)

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम

पदनाम

कर्मचारी कोड संख्या

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

- नोट- 1. उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एचआरडी प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।
2. यदि उक्त रिट याचिका प्राक्धान लागू हो, तो withdraw आदेश की प्रति संलग्न करें।
3. जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जाये।

(शेवारा कर्मिक हेतु)

आरजीएचएस हेतु सहायति के काम में अग्रिम कार्यवाही नियमे जाने हेतु भेशी जानकारी निम्नानुसार है :-

S. No.	SSO ID	Name	Emp. Code	RGHS Card No. (copy encl.)	DOB	DOJ	DOJ	Designation	Basic Pay	Service Status	Mobile No.	e-mail

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य भेशी जानकारी में सत्य है। असत्य पाय जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम

पदनाम

कर्मचारी कोड संख्या

प्रकोष्ठ/इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....

राजस्थान स्टेट इण्डस्ट्रियल डवलपमेन्ट एण्ड इन्वेस्टमेन्ट कॉर्पोरेशन लिमिटेड,
उद्योग भवन, तिलक मार्ग, जयपुर - 302005

विकल्प-पत्र
(सेवानिवृत्त कार्मिक हेतु)

(निम्न विकल्प पत्र I या II में से कोई एक विकल्प का ही चयन किया जाना है, जो कार्मिक पर प्रभावी रहेगा)

I

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक के तहत मैं,
..... पुत्र/पुत्री/पत्नी पद का नाम प्रकोष्ठ/इकाई
का नाम (सेवानिवृत्ति के समय) Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) के
विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

मैं रीको को RGHS की सदस्यता/अंशदान की नियमानुसार एकमुश्त राशि जमा कराने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

RIICO Retired Medical Fund में, मेरे अंशदान की राशि RGHS में समायोजित करने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ। इसके अतिरिक्त रीको के अंशदान के पश्चात शेष राशि जमा कराने की सहमति देता हूँ। (संलग्न परिशिष्ट-II में कार्मिक सूचना उपलब्ध करावें।)

सत्यापन

मैं सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य है। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम
सेवानिवृत्ति के समय धारित पद.....
कर्मचारी कोड संख्या
सेवानिवृत्ति की दिनांक.....
पीपीओ संख्या.....
पता.....
मोबाईल नं.....

नोट- 1. उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एकआरोह प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।
2. जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जाये।

विकल्प-पत्र
(सेवानिवृत्त कार्मिक हेतु)

II

निगम के कार्यालय आदेश क्रमांक ए.1(4)94/89/Pt.V दिनांक के तहत मैं,
..... पुत्र/पुत्री/पत्नी पद का नाम प्रकोष्ठ/इकाई का
नाम RIICO Retired Medical Fund के विकल्प हेतु अपनी सहमति प्रदान
करता/करती हूँ।

हस्ताक्षर

कार्मिक का नाम
सेवानिवृत्ति के समय धारित पद.....
कर्मचारी कोड संख्या
सेवानिवृत्ति की दिनांक.....
पीपीओ संख्या.....
पता.....
मोबाईल नं.....

नोट- 1. उपरोक्त विकल्प पत्र की दो मूल प्रतियाँ एकआरोह प्रकोष्ठ, रीको मुख्यालय, जयपुर में प्रस्तुत करें।
2. जो लागू नहीं है उसे काटते हुए विकल्प पत्र प्रस्तुत किया जाये।

(सेवानिवृत्त कार्मिक हेतु)

आरजीएचएस हेतु सहमति के क्रम में अग्रिम कार्यवाही किये जाने हेतु मेरी जानकारी निम्नानुसार है :-

S. No.	SSO ID	Name	Emp. Code	PPO (copy encl.)	DOB	DOJ	DOR	Design ation	Basic Pay	Service Status	Mobile No.	e-mail

सत्यापन

मैं..... सत्यापित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वर्णित समस्त तथ्य मेरी जानकारी में सत्य हैं। असत्य पाये जाने की स्थिति में मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

हस्ताक्षर

कर्मचारी का नाम

पदनाम

कर्मचारी कोड संख्या

पीपीओ संख्या

सेवानिवृत्ति की दिनांक

प्रकोष्ठ /इकाई कार्यालय.....

पता.....

मोबाईल नं.....