फॉर्म संख्या/Form No ----------

राष्ट्रीय फैशन प्रौद्योगिकी संस्थान
National Institute of Fashion Technology
निफ्ट, दिल्ली परिसर
New Delhi Campus

(FOR NEW JUNIOR STUDENT)

छात्रावास आवेदन फॉर्म 2025-26

Hostel Application Form 2025-26

पासपोर्ट साइज़
फोटोग्राफ Passport
size photograph

1. छात्रा का नाम – _____
(प्रथम नाम) (मध्य नाम) (उपनाम)

Name of the Student:- _____
(In capital letter) (First Name) (Middle Name) (Last Name)

2. यूनिक आई.डी. क्रमांक/Unique ID No

3. जन्मतिथि (तिथि/मास/वर्ष) /Date of Birth DD/MM/YYYY:- _____

4. पाठ्यक्रम/कार्यक्रम का नाम/ Name of Course/ Program:- _____

5. सत्र /Semester:- _____

6. कोटि/Category:-

सामान्य/GEN	अनुसूचित जाति/ SC	अनुसूचित जनजाति/ST	अन्य पिछड़ा वर्ग/OBC	विकलांग/PHP

(Tick Mark(V) in appropriate box)

7. नामांकन का प्रकार– नियमित/ एन.आर. आई.
Mode of Admission :Regular Student/NRI– _____

8. दूरभाष/Telephone:- _____ मोबाइल/ Mobile:-1
(With STD code) 2.

9. ईमेल आई.डी./ E-mail ID:-(1) _____

(2) _____

10. बीमारी/स्वास्थ्य समस्या/चिकित्सा शिकायत/मानसिक/शारीरिक/त्वचा रोग? हाँ/नहीं Any illness/ Health Problem/ Medical complaints/ Mental/ Physical/ Skin disease ? Yes/No

क्र.सं S.N.	नाम और बीमारी के प्रकार Name & type of Diseases	बीमारी की अवधि Duration of ddiseases	देखभाल की आवश्यकता Care required	टिप्पणी Remarks

मातापिता/अभिभावक का विवरण
PARENT'S / GUARDIAN'S DETAILS

पासपोर्ट साइज़ फोटोग्राफ Passport size photograph

11. पिता का नाम/**Father's Name:-** _____

12. आवासीय पता/Residence address_____

_____पिन/Pin:- _____

13. कार्यालय का पता/Office Address ----------

_____पिन/Pin :- _____

14. दूरभाष (निवास) /Telephone:-(R) _____ मोबाइल/Mobile no, _____
(With STD code)

15. ईमेल आई.डी./E-mail ID:– _____

पासपोर्ट साइज़ फोटोग्राफ Passport size photograph

16. माता का नाम/**Mother's Name** _____

17. आवासीय पता/Residence Address_____

_____पिन/Pin:- _____

18. कार्यालय का पता/Office Address ----------

(In case of working Mother)_____Pin :- _____

19. दूरभाष (निवास) Telephone:-(R) _____ मोबाइल/Mobile no, _____
(With STD code)

20. ईमेल आई.डी./E-mail ID:- _____

पासपोर्ट साइज़ फोटोग्राफ Passport size photograph

21. स्थानीय अभिभावक का नाम/**Local Guardian's Name**:-_____

22. आवासीय पता/Residence Address_____

_____Pin:- _____

23. कार्यालय का पता /Office Address_____

_ _____ Pin :- _____

24. दूरभाष (निवास) /Telephone:-(R) _____Mobile no, _____ _____
(With STD code)

25. ईमेल आई.डी/E-mail ID:-(Local Guardian's) _____

26. छात्रावास शुल्क विवरण/ **Hostel Fee details:-** शैक्षणिक सत्र 2025–2026/Academic year 2025- 2026

विवरण/**Particular**	राशि (रु.)/ Amount (Rs.)
छात्रावास शुल्क/Hostel Fee (वार्षिक/Annual)	9,000.00X11=99,000.00 **(जुलाई–2025 से मई–2026)** **(July 2025 To May 2026)**
सुरक्षा जमा (अप्रतिदेय)/Security Deposit (Non-Refundable)	3,000.00
सुरक्षा जमा (प्रतिदेय)/Security Deposit (Refundable)	20,000.00
कुल राशि/ total deposit	**1,22,000.00**

27. **भुगतान की प्रणाली डिमांड ड्राफ्ट या एन.इ.एफ.टी./आर.टी.जी.एस**
Mode of payment-DD or NEFT/RTGS

A. डिमांड ड्राफ्ट द्वारा/Through DD

बैंक का नाम/ Name of Bank	
डी.डी. न./D.D. No	
प्रतिदेयता (स्थान)/ Payable at (place)	
राशि (अंकों में) Amount Rs.(in figure)	
राशि (शब्दों में)/Amount Rs.(In words)	

B. एन.इ.एफ.टी./आर.टी.जी.एस द्वारा/Through RTGS/NEFT

बैंक का नाम/ Name of Bank – यूनियन बैंक ऑफ़ इंडिया/ Union Bank Of India
शाखा का नाम/ Branch Name – Yusuf Sarai, New Delhi- 110016/ युसूफ सराय, नई दिल्ली – 110016
खता क्रमांक/ Account no. – 692902050000006
खाता का नाम/ Name of Account – राष्ट्रीय फैशन प्रौद्योगिकी संस्थान/ National Institute of Fashion Technology
आई.एफ.एस.सी.कोड/IFSC Code – UBIN0534064
खाता प्रकार/ Account type – जमा खाता/ Saving Bank
SWIFT Code – UBININBBNDL
लाभार्थी का नाम/ Name of Beneficiary –निफ्ट, नई दिल्ली/ NIFT, New Delhi

ध्यान दें – कृपया मिलान के लिए यु.टी.आर. नंबर अंकित करे तथा स्क्रीनशॉट की प्रतिलिपि संलग्न करें। NOTE- Please submit UTR number for reconciliation. Attach a copy of screenshot .

भरे हुए फॉर्म "सहायक वार्डन, राष्ट्रीय फैशन प्रौद्योगिकी संस्थान, निफ्ट परिसर, हौज़ खास, नई दिल्ली –110016" को भेजें
Please submit the filled in form to-"Asst. Warden, National Institute of Fashion Technology, NIFT Campus, Hauz Khas, ND-110016" at the time of joining the hostel. (compulsory)

स्कैन्ड कॉपी भेजें / Scanned copy mail to - hostel.delhi@nift.ac.in
Contact on # 9811097794

घोषणा :

मै I मै घोषणा करती हूँ कि उपरोक्त दी गयी सूचना मेरी जानकारी में सही हैइस बात से सहमत हूँ कि यदि उपरोक्त जानकारी में गलत सूचना होने पर मेरा नामांकन रद्द होने का उत्तरदायित्व मेरा होगाI

मै वचन देती हु कि छात्रावास के नियमों और विनियमों से अवगत हूँ और समय समय पर इसका पालन करुँगी I मै यह अच्छी तरह समझती हूँ कि कमरे का आबंटन और दखल अधिकार का मुद्दा नही है I निफ्ट दिल्ली परिसर के सक्षम पदाधिकारी द्वारा छात्रावास में नामांकन का अन्तिम निर्णय मानने को मै बाध्य है I

मै यह अच्छी तरह समझती हूँ कि निफ्ट मेडिकल की आपात स्थिति में सभी प्रयास करेगा लेकिन भी परिणाम के लिए जिम्मेदार नही होगा I मै यह समझती हूँ कि किसी भी रोग, बीमारी, संक्रमण की स्थिति में परिसर चिकित्सक या बाहरी चिकित्सक द्वारा दिए गए चिकित्सकीय और नैदानिक सलाह तथा आवश्यक सावधानी और दवा/इलाज़ लेने के लिए स्वयं जिम्मेदार हूँ I मै यह अच्छी तरह समझती हूँ कि मैंने निफ्ट छात्रावास निवासियों हेतु नियम और विनियम देख और पढ़ लिए हैं तथा मेरे द्वारा किसी भी नियम के गैर अनुपालन करने पर संस्थान को यह अधिकार है कि वह मुझे बिना किसी लिखित सूचना/अधिसूचना के मुझे निष्कासित कर सकता है I निवासी छात्राओं के किसी भी गैर क़ानूनी और अनधिकृत कार्य के लिए निफ्ट जिम्मेदार नही होगा I

छात्रा का हस्ताक्षर ----------

तिथि ----------

DECLARATION:-

I hereby affirm that the statement made and information furnished by me in the Hostel Application Form is true and correct , further I undertake, if admitted will abide by the NIFT Hostel Resident Rules. Final decision for grant of admission to the hostel will be bound to me as decided by the Competent Authority of NIFT, Delhi Campus

I clearly understand that allotment of rooms to students and mode of occupancy is not a matter of right. I clearly understand NIFT will make all efforts to provide emergency medical care but the Institute can't be held responsible for any eventuality. I clearly understand that I am responsible for seeking Medical/Clinical advice for all my ailments, disease, infection from campus doctor or outside and take necessary care and take medicines/treatment. I clearly understand that I have seen & read NIFT hostel Resident Rules and in case of non-compliance of any rules by me, the Institute has right to expel me from the Hostel without any notice in writing. NIFT will not be responsible for any illegal and unauthorized activity attempted by resident student.

Signature of Student ----------

Date ----------

माता पिता द्वारा घोषणा :

1. मैंने/ हमने संस्थान द्वारा दिए गए नियमों/ विनियमों को पढ़ लिया है और उसके अनुपालन के लिए सहमत हैं I

2. मैंने/ हमने फॉर्म के पृष्ठ संख्या 2 पर दिए गए व्यक्ति को अपनी पुत्री का स्थानीय अभिभावक प्राधिकृत करता हूँ I मैंने/ हमने अपनई पुत्री के सम्बन्ध में सभी आवश्यक निर्णयों और कार्यों के लिए उनको प्राधिकृत कर रहे हैं I
3. मैंने/ हमने फॉर्म के पृष्ठ संख्या 2 पर हमारा आवासीय पता, स्थानीय अभिभावक का पता और सम्पर्क विवरण सही हैं I किसी परिवर्तन की स्थिति में मैं / हम निफ्ट, दिल्ली परिसर को 7 दिनों के अंदर सूचित कर दिया जायेगा I
4. मेरी/हमारी पुत्री रैगिंग के किसी भी कार्य में नही लिप्त होगी I अगर वह किसी भी इस तरह के कार्यों, दुराचार में लिप्त है तो उसके खिलाफ एक्ट संख्या आई .पी.सी. 326 (गंभीर चोट) 323 (चोट) और आई.टी. एक्ट 67 (अशिष्ट एस.एम्.एस.) की अनुशासनिक कार्रवाई प्रावधान के तहत अगर वह दोषी पायी जाति है तो निफ्ट, दिल्ली परिसर से उसे निष्कासित किया जा सकता है I मेरी/हमारी पुत्री रैगिंग के किसी भी कार्य में लिप्त होगी तो उसके खिलाफ एफ.आई.आर. दर्ज कराई जा सकती है I

तिथि : ---------- पिता का हस्ताक्षर :- ----------

स्थान:---------- माता का हस्ताक्षर :- ----------

DELARATION OF PARENTS:

1. I/We have read the Hostel Rules & Regulations laid down by the Institute and agree to abide by them.
2. I/We hereby authorized the person as stated on Page 2 of this form to act as Local Guardian for my ward. I/We also delegate my/our responsibility to him/her and authorize him/her to take necessary decision and action in my/our absence.
3. I/We certify that my/our residential address and the Local Guardians address and contact details as mentioned on page page 2 of this form are correct. In case of any changes, I /We will ontimate the same to the NIFT, Delhi Campus within 7 days.
4. My/ Our ward will not indulge in any act of RAGGING. If she is found indulging in any such act or misbehavior, disciplinary action may be initiated against her as per the provisions of the Act No. 326 (Serious Injury) and 323 (Injury) and IT Act 67 (Vulgar SMS) and she may be expelled from the NIFT, Delhi Campus if found guilty. If my / our ward is involved in any act of ragging, an FIR may be lodged against her.

Date---------- Father's Signature ----------

Place ---------- Mother's Signature ----------

30. स्थानीय अभिभावक का घोषणा पत्र :

1. मै----------सुश्र----------पुत्री, श्री/श्रीमती ----------का स्थानीय अभिभावक बनने को तैयार हूँ तथा इनके माता पिता की अनुपस्थिति में इनकी जिम्मेदारी लेने को भी तैयार हूँ I

2. मै समझता हूँ कि मैंने छात्रावास के नियमों और विनियमों को पढ़ लिया है और इसके अनुपालन को तैयार हूँ I

3. मै पृष्ठ संख्या 2 पर लिखे गए मेरे पते और संपर्क फ़ोन नंबर को सुनिश्चित करता /करती हूँ I इसमें किसी भी प्रकार के बदलाव को मैं दिल्ली परिसर के प्रबंधन को 7 दिनों के अंदर सूचित करुँगी/करूँगा I

4. मैं वचन देता हूँ कि बीमारी की स्थिति में विशेषकर किसी संक्रामक / छुआछुत वाली बीमारी या किसी आकस्मिकता की स्थिति में परिसर प्राधिकारियों द्वारा निदेशित अवधि तक मैं इस संरक्षित को अपने साथ रखने की जिम्मेदारी लेता/लेती हूँ I

तिथि ----------

स्थान ---------- स्थानीय अभिभावक का हस्ताक्षर

DECLARATION OF LOCAL GUARDIAN:

1. I ---------- do hereby agree to the to be the Local Guardian of

   Ms ----------ward of Mr./Mrs. ----------
   and agree to take her responsibility in the absence of the Parents.
2. I hereby undertake that I have read the Rules and Regulations of the NIFT, Delhi Campus and agree to abide by them.
3. I confirm that my address and contact details are as mentioned in Page 2 of this form. In case of any change in the details, I will intimate the same to the NIFT, Delhi Campus management within 7 days.
4. I hereby undertake that in case of any sickness, particularly in case of any infectious/ communicable disease or any emergency, it will be my responsibility to keep the ward with me during the directed period by the campus authorities.

Date ---------- Signature of Local Guardian ----------

Place ----------