

संबंधित संस्थान द्वारा पेंशन संबंधी पेपर प्रस्तुत करने के लिए जांच सूची

CHECK LIST FOR SUBMISSION OF PENSION PAPERS BY THE CONCERNED INSTITUTE.

पेंशनभोगी का नाम एवं पदनाम **Name & Designation of Pensioners :**

संस्थान का नाम **Name of the Institute:** ICAR-N.D.R.I., Karnal भाकृअनुप-राष्ट्रीय डेरी अनुसंधान संस्थान करनाल

क्र.सं. S.No.	विवरण Particulars	हां /Yes	पृष्ठ संख्या/ P/No.
1.	कार्यालय अध्यक्ष द्वारा हस्ताक्षरित फार्म 8 में आवेदन का अग्रप्रेषण Forwarded of Application in Form-8 duly signed by the Head of Office	संलग्न Enclosed	
2.	परिवार का विस्तृत विवरण, विधिवत् रूप से काउंटर हस्ताक्षर किया हुआ फार्म 3) Details of family duly countersigned (Form 3)	संलग्न Enclosed	
3.	सेवानिवृत्त होने वाले सरकारी कर्मचारी का विवरण Particulars of the retiring Government Servant along with check list(Form 5)	संलग्न Enclosed	
4.	पेंशन/पारिवारिक पेंशन तथा ग्रेच्युटी का मूल्यांकन (फार्म 7) जांच सूची सहित दो प्रतियों में कार्यालय प्रमुख तथा लेखाधिकारी द्वारा विधिवत् रूप से काउंटर हस्ताक्षर किया हुआ Assessment of Pension/family pension and gratuity(Form 7) along with check list duplicate duly signed by Head of Office & Accounts Officer	संलग्न Enclosed	
5.	कार्यालय प्रमुख द्वारा हस्ताक्षरित पेंशन फार्म 1-ए के सम्प्रेषण का आवेदन Application of Communication of Pension Form 1-A duly signed by Head of Office	संलग्न Enclosed	
6.	फार्म-24 पेंशनभोगी की सेवा सत्यापन का प्रमाणपत्र कार्यालय प्रमुख द्वारा हस्ताक्षरित Form-24 certificate of verification of service of pensioner duly signed by Head of Office	संलग्न Enclosed	
7.	पति अथवा पत्नी के साथ संयुक्त फोटोग्राफ की तीन प्रतियां कार्यालय प्रमुख द्वारा सत्यापित (फार्म 8 के अनुसार) Three copies of joint photographs with wife or husband as the case may be duly attested by the Head of Office(as per Form 8)	संलग्न Enclosed	
8.	एक राजपत्रित स्तर के अधिकारी द्वारा सत्यापित दो नमूना हस्ताक्षर अथवा यदि व्यक्ति अपने हस्ताक्षर भी नहीं कर सकता अनपढ़ है तो एक राजपत्रित स्तर के अधिकारी द्वारा सत्यापित बाएं हाथ के अंगूठे तथा उंगलियों के चिन्ह (फार्म 8 के अनुसार) Two specimen signatures duly attested by an officer of a gazette status or in the case of persons not illiterate enough to sign their names two slips bearing the left hand thumb and finger impression duly attested by an officer of a gazette status(as per Form 8)	संलग्न Enclosed	
9.	एक राजपत्रित स्तर के अधिकारी द्वारा सत्यापित पेंशनभोगी तथा पति अथवा पत्नी के कद एवं पहचान चिन्हों के विवरण को दर्शाने वाली दो स्लिप (फार्म 8 के अनुसार) Two slips showing particulars of height and identification marks of the Pensioner & Spouse duly attested by an officer of a gazette status (as per Form 8)	संलग्न Enclosed	
10.	अस्थायी अन्तिम वेतन प्रमाणपत्र Provisional last pay certificate	संलग्न Enclosed	
11.	सतर्कता स्पष्टता प्रमाणपत्र (टी.5 एवं इससे ऊपर के पदाधिकारियों के लिए भा.कृ.अनु.प. मुख्यालय से) Vigilance clearance certificate(Form ICAR HQ for T-5 above)	संलग्न Enclosed	
12.	अमांग प्रमाणपत्र/अदयेता प्रमाणपत्र No Demand certificate/No dues certificate	संलग्न Enclosed	
13.	डी.सी.आर.जी नामांकन (फार्म-1) सत्यापित यदि सरकारी कर्मचारी का परिवार है व फार्म-2 यदि सरकारी कर्मचारी का कोई परिवार नहीं है DCRG nomination (form 1) duly attested, when the govt. servant has a family & form-2 when the govt. servant has no family.	सर्विस बुक में चिपकाया है Pasted in S.B.	
14.	सी.सी.एस. पेंशन नियमावली के परिशिष्ट 6 के फार्म क/फार्म ख में पेंशन के एरियर प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के नामांकन (नियम-6 देखें) Nomination of the persons to receive arrears of pension in Form A of Appendix 6 of CCS pension Rules, Form-A/Form-B(see Rule,6)	संलग्न Enclosed	
15.	फार्म 5 (नियम 7 देखें)सी.सी.एस (पेंशन परिवर्तन)नियम 1981 कार्यालय प्रमुख द्वारा सत्यापित Form-5(See Rules 7) CCS (commutation of pension) Rule,1981 duly signed by Head of Office	संलग्न Enclosed	
16.	यदि व्यक्ति प्रतिनियुक्ति पर गया है तथा सेवा पंजिका में प्रविष्टि भी है तो पेंशन एवं अवकाश वेतन अंशदान के भुगतान का विवरण Statement for payment of pension and leave salary contribution if the person has gone for deputation and also entry in service book	N/A लागू नहीं	
17.	सेवा पंजिका पृष्ठ संख्या के साथ सेवा की जांच (सत्यापन) का विवरण Statement for Verification of service along with service book page No.	संलग्न Enclosed	
18.	अधिक भुगतान की वापसी के लिए भा.कृ.अनु.प. के पत्रांक एफ आई एन/ 12/4/2007-सी डी एन (ए एवं ए) दिनांक 07.01.2015 के पृष्ठांकित द्वारा पेंशनभोगी तथा उसके पति/पत्नी द्वारा घोषणापत्र प्रस्तुत करना Undertaking to be submitted by the pensioners and spouse endorsed vide ICAR letter No.FIN/12/4/2007-CDN (A&A) dated 07.01.2015 for refund of excess payment.	संलग्न Enclosed	
19.	कार्यालय प्रमुख द्वारा हस्ताक्षरित वेतन निर्धारण विवरण को सही करने की घोषणा पत्र Undertaking for correctness of pay fixation statement duly signed by Head of Office	संलग्न Enclosed	
20.	पेंशनभोगी/पारिवारिक पेंशनभोगियों के पैन कार्ड तथा आधार कार्ड की फोटो प्रति, ई.मेल आई डी, मोबाइल नं. Xerox Copy of pan Card and Aadhar Card, e-mail ID, Cell no. of the Pensioners/family pensioners	संलग्न Enclosed	
21.	भारत में कहीं भी भारतीय स्टेट बैंक की किसी भी शाखा द्वारा पेंशन निकलवाने का विकल्प फार्म (दो प्रतियों में) Option forms for drawal of pension (in duplicate) through bank any SBI branch within Indian territory.	संलग्न Enclosed	
22.	खाते के प्रमाण के लिए पेंशनभोगी का रद्द (कैंसलड) बैंक चेक (ज्वाइंट खाता होना चाहिए) Cancelled bank cheque of pensioners (should be joint account) for proof of account.	Enclosed	

संबंधित सहायक के हस्ताक्षर **Signature of Dealing Assistant**

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर **Signature of Head of Office**

फार्म-8 (पैरा-2) / Form-8 (PARA-2)

सरकारी कर्मचारी की सेवानिवृत्ति/मृत्यु की तिथि को सरकारी देय राशि (ऋण) जो कि बकाया रहेंगे तथा जिनकी सेवानिवृत्ति उपदान की राशि में से वसूली की जानी चाहिए, नीचे इंगित किए गए हैं:-

The details of Government dues which will remain outstanding on the date of retirement/death of the Government servant and which need to be recovered out of the amount of retirement gratuity are indicated below :-

1	आवास-निर्माण अथवा वाहन अग्रिम की शेष राशि Balance of the house-building or conveyance Advance.	रुपये Rs.
2	अवकाश वेतन सहित वेतन भत्तों का अधिक भुगतान Overpayment of pay and allowances including Leave salary.	रुपये Rs.
3	आयकर अधिनियम, 1961 (1961 का 43) के अन्तर्गत स्रोत पर काटा गया आयकर Income Tax deductible at source under the income Tax Act, 1961 (43 of 1961)	रुपये Rs.
4	सरकारी आवास को रखने के लिए लाइसेंस शुल्क का बकाया Arrears of licence fee for occupation of Government accommodation.	रुपये Rs.
5	सेवानिवृत्ति की दिनांक के बाद दो महीने की स्वीकार्य अवधि के लिए सरकारी आवास रखने के लिए लाइसेंस शुल्क की राशि The amount of licence fee for the retention of Government accommodation for the permissible Period of two months beyond the date of retirement.	रुपये Rs.
6	कोई अन्य निर्धारित शुल्क एवं उनकी प्रकृति Any other assessed dues and the nature thereof	रुपये Rs.
7	उपदान की राशि जो कि अप्राप्य शुल्क (यदि कोई हैं) तो उनके समायोजन के लिए रोक कर रखनी है। The amount of gratuity to be withheld for adjustment of unassisted dues, if any	रुपये Rs.

संयुक्त निदेशक (प्रशा.) एवं कुलसचिव
Joint Director (Admn.) & Registrar

पेंशन हेतु सेवा के सत्यापन के प्रमाणपत्र का फार्म

Form of certificate of verification of Service for pension

प्रमाणपत्र (Certificate)

यह प्रमाणित किया जाता है कि लेखा अधिकारी के परामर्श से श्री.....सुपुत्र श्री..... ने नीचे दिए गए विवरणानुसारदिनांक कोवर्ष..... मास.....दिन की अर्हक सेवा पूर्ण कर ली है। सेवा अवधि का सत्यापन उनके सेवा दस्तावेजों के आधार पर तथा अर्हक सेवा संबंधी नियमों के अनुसार किया गया है। सेवा की जांच केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन) नियमावली 1972 के नियम 32 के उपनियम (1) तथा (2) के अन्तर्गत अन्तिम समझी जाएगी तथा इसकी पुनः जाँच नहीं की जाएगी, जब तक कि बाद में पेंशन के लिए सेवा के नियमों तथा आदेशों में कोई परिवर्तन न हों।

It is clarified, in consultation with the Accounts Officer, that Sh._____ S/o Sh._____ has completed a /qualifying service of _____ years.____months____days as on (date), as per details given below. The service has been verified on the basis of his service documents and in accordance with the rules regarding qualifying service in force at present. The verification of service under sub rules (1) and (2) of Rule 32 of the Central Civil Services (Pension) Rules, 1972, shall be treated as final and shall not be re-opened except when necessitated by a subsequent change in the rules and orders governing the conditions under which the service qualifies for pension.

अर्हक सेवा का विवरण DETAILS OF QUALIFYING SERVICE

ब्योरा(Details)	से (From)	तक (to)
1.		
2.		
3.		

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर
Signature of Head of Office

फार्म-5 (FORM-5)

सेवानिवृत्त होने वाले सरकारी कर्मचारी से कार्यालय प्रमुख द्वारा प्राप्त किए जाने वाला विवरण

PARTICULARS TO BE OBTAINED BY THE HEAD OF OFFICE FROM THE RETIRING GOVERNMENT SERVANT.

1.	नाम Name पिता का नाम / Father's name पति का नाम / Husband Name	
2.	(क) जन्मतिथि (a) Date of birth	
	(ख) सेवानिवृत्ति की तिथि (b) Date of retirement	
3.	तीन नमूना हस्ताक्षर (एक अलग कागज पर किसी राजपत्रित सरकारी कर्मचारी द्वारा सत्यापित होने चाहिए) Three specimen signature to be furnished in a separate sheet) duly attested by a Gaz.Govt. Servant)	
4.	पति अथवा पत्नी के साथ पासपोर्ट आकार की चार संयुक्त फोटोग्राफ (कार्यालय प्रमुख द्वारा सत्यापित होनी चाहिए) Four copies of passport size joint Photographs with wife or husband (to be attested by head of office).	
5.	दो स्लिप जिन पर कद तथा 4 व्यक्तिगत पहचान चिन्ह का विवरण हो तथा किसी राजपत्रित सरकारी कर्मचारी द्वारा सत्यापित हो Two slips showing particulars of Height and 4 personal identification Marks duly attested by a Gazetted Govt. Servant	
6.	स्थायी पता एवं मोबाइल नंबर Present Address & Mobile No.	
7.	सेवानिवृत्ति के बाद पता Address after retirement	
8.	किसी ट्रेजरी अथवा पब्लिक सैक्टर बैंक की शाखा अथवा वेतन एवं लेखा कार्यालय जहां से पेंशन निकालना चाहते हैं, का नाम Name of the Treasury or Branch of public sector Bank or Pay & Account Office through which pension is to be Drawn	
9.	फार्म 3 में परिवार का विवरण Details of family in Form-3	
10.	क्या पारिवारिक पेंशन कहीं और साधन से मिलती अथवा राज्य सरकार तथा/अथवा पब्लिक सैक्टर अंडरटेकिंग/स्वायत्त शासी निकास/केन्द्रीय अथवा राज्य सरकार के अन्तर्गत स्थानीय फंड से ली जा रही है तो इंगित करें। Indicate whether family pension is Admissible from any other source military or State Govt. and/or Public Sector undertaking/autonomous body/Local Fund under the Central or State Government	

हस्ताक्षर
Signature

सत्यापित
ATTESTED

फार्म नं०-3 FORM No.3
(नियम 54-12 देखें) (Refer Rule 54-12)

परिवार का विवरण
DETAILS OF FAMILY

1. सरकारी कर्मचारी का नाम :
Name of the Govt. servant
2. पदनाम :
Designation
3. जन्मतिथि :
Date of birth
4. परिवारजनों का विवरण दि..... को :
Details of members of family as on.....

क्र.सं. S. No.	परिवार के सदस्य का नाम Name of family member	जन्मतिथि Date of birth	सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with Govt. Servant.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

मैं एतद्वारा उपरोक्त विवरण को अद्यतन(अपडेट) रखने की घोषणा करता हूँ किसी भी अतिरिक्त सदस्य को जोड़ने अथवा हटाने के बारे में कार्यालय प्रमुख को सूचित करूंगा।

I hereby undertake to keep the above particulars up to-date by notifying to the Head of Office any addition or alteration.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of Govt. Servant

आवेदक का मोबाइल नं.(Mobile No.) :.....

- इस उद्देश्य के लिए परिवार से तात्पर्य सी.सी.एस (पेंशन)नियमावली, 1972 के नियम 54 के उपनियम (14)की धारा (ख) में वर्णित अनुसार है।
Family for this purpose meant family as defined in clause (b) of Sub rule (14) of Rule 54 of CCS(pension)Rules,1972.

टिप्पणी : पत्नी तथा पति में न्यायिक रूप से अलग हुए पत्नी तथा पति सम्मिलित हैं
Note: Wife and husband d shall include judicially separated wife and husband

सत्यापित
ATTESTED

चिकित्सीय जांच के बिना सेवानिवृत्ति पेंशन के एक अंश को परिवर्तित करने के लिए आवेदन फार्म जब आवेदक चाहता है कि पेंशन की परिवर्तित राशि का भुगतान पेंशन अदायगी आदेश के माध्यम से प्राधिकृत हो।

FORM OF APPLICATION FOR COMMUTATION OF A FRACTION SUPERANNUATION PENSION WITHOUT MEDICAL EXAMINATION WHEN APPLICANT DESIRES THAT THE PAYMENT OF THE COMMUTED VALUE OF PENSION SHOULD BE AUTHORIZED THROUGH THE PENSION PAYMENT ORDER.

(कृपया नियम 5 (2), 12,13, 14 (1) तथा (3) देखें) **(See Rules 5(2), 12,13,14(1) and (3))**

(सेवानिवृत्ति की दिनांक से कम से कम तीन मास पूर्व तीन प्रतियों में प्रस्तुत किया जाना चाहिए)
(To be submitted in triplicate at least three months before the date of retirement)

भाग-1

PART - 1

सेवा में,
To

निदेशक,
भाकृअनुप-राष्ट्रीय डेरी अनुसंधान संस्थान,
करनाल।

The Director,
National Dairy Research Institute
Karnal.

विषय : चिकित्सीय जांच के बिना पेंशन को कम्यूट करना।

Subject : Commutation of pension without medical examination

महोदय Sir,

मैं केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन परिवर्तन)नियमावली 1981 के प्रावधान के अनुसार जैसा नीचे इंगित किया गया है अपनी पेंशन का कुछ भाग परिवर्तित करना चाहता हूँ। आवश्यक विवरण नीचे दिया गया है:

I desire to commute a fraction of my pension as indicated below in accordance with the provisions of Central Civil Services (Commutation of pension) Rules-1981. Necessary particulars are furnished below:

1.	नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name (in block letters)	
2.	पिता का नाम (महिला सरकारी कर्मचारी की स्थिति में पति का नाम) Father's name (also husband's name in case of a female Govt.servant).	
3.	सेवानिवृत्ति के समय पदनाम : Designation at the time of retirement	
4.	जहाँ नियुक्ति है उस कार्यालय/विभाग/ : मंत्रालय का नाम Name of office/Deptt./Ministry in which employed	
5.	जन्म तिथि : Date of birth (in Christian era)	
6.	अधिवर्षिता पर सेवानिवृत्ति की दिनांक : Date of retirement on superannuation	
7.	पेंशन की श्रेणी जिस पर सेवानिवृत्त हुए : अधिवर्षिता अथवा स्वैच्छिक Class of pension on which retired. Superannuation or Voluntary	
8.	प्राधिकृत पेंशन की राशि (यदि पेंशन की अन्तिम राशि प्राधिकृत नहीं की गई है, स्वीकृत अन्तिम पेंशन की राशि इंगित करें। Amount of pension authorized (in case Final amount of pension has not been Authorized, indicate the amount of Provisional pension sanctioned under	

9	परिवर्तित की जाने वाली प्रस्तावित पेंशन का अंश Fraction of pension proposed to be Commuted.	
10	लेखाधिकारी जिसने पेंशन प्राधिकृत की है उसका पदनाम तथा यदि जारी किया गया है तो पेंशन अदायगी आदेश की दिनांक Designation of the Accounts Officer Who authorized the pension and the number and date of Pension Payment Order, if issued.	
11	पेंशन के भुगतान के लिए संवितरण अधिकारी Disbursing Authority for payment of Pension.	
	(क) कोष/उपकोष (नाम एवं पूरा पता इंगित करें): (a) Treasury/Sub-Treasury(Name and Complete address to be indicated)	
	(ख)(i) पूर्ण डाक पता सहित राष्ट्रीयकृत बैंक की शाखा (b)(i) Branch of the Nationalized Bank with complete Postal address. (ii) बैंक अकाउंट नंबर जिसमें हर महीने मासिक पेंशन जमा की जानी है Bank Account member to which monthly pension is being credited each month	
	मंत्रालय/विभाग/कार्यालय का लेखाधिकारी (c) Accounts Officer of the Ministry/Deptt./Office	

स्थान **Place** :

दिनांक **Date** :

हस्ताक्षर **Signature**

पता **Address :-**

.....
.....
.....

मोबाइल नंबर/Mobile No.....

टिप्पणी: पेंशन की परिवर्तित राशि का भुगतान उस संवितरण अधिकारी द्वारा किया जाएगा जिससे पेंशन ली जा रही है। एक आवेदक को पेंशन की परिवर्तित राशि जिस संवितरण अधिकारी से पेंशन ली जा रही है उसके अतिरिक्त दूसरे किसी संवितरण अधिकारी से पेंशन ली जा रही है उसके अतिरिक्त दूसरे किसी संवितरण अधिकारी से पेंशन की परिवर्तित राशि लेने की छूट नहीं है।

Note: The payment of commuted value of pension shall be made through the Disbursing Authority from which pension is being drawn. It is not open to an applicant to draw the Commuted value of pension from a disbursing authority other than the disbursing authority from which pension is being drawn.

आवेदक को मासिक पेंशन का अंश जो वह परिवर्तित कराना चाहता है का प्रतिशत इंगित करना चाहिए (अधिकतम 40%) न कि राशि रूपों में। जो लागू न हो उसे काट दें।

The applicant should indicate the fraction of amount of monthly pension (subject to maximum of 40% thereof) which he desire to commute and not the amount in rupees). Score out which is not applicable.

भाग-2 PART -II

पावती **ACKNOWLEDGEMENT**

चिकित्सीय जांच के बिना पेंशन की राशि परिवर्तित करने के फार्म-1 में श्री.....से आवेदन प्राप्त कर लिया है।

Received from Shri..... application in part-I for commutation of fraction of pension without medical examination.

स्थान **Place** :

दिनांक **Date** :

हस्ताक्षर **Signature**

कार्यालय प्रमुख
Head of Office

रसीद पर हस्ताक्षर, मोहर तथा दिनांक होनी चाहिए तथा इसे फार्म से फंड कर अलग कर लिया जाना चाहिए तथा आवेदक को सौंप दी जानी चाहिए। यदि फार्म डाक द्वारा प्राप्त हुआ है तो उसकी पावती उसी दिन रजिस्टर्ड डाक द्वारा भेज दी जानी चाहिए।

This acknowledgment is to be signed, stamped and dated and is to be detached from the form and handed over to the applicant. If the form has been received by post, it has to be acknowledged on the same day and acknowledgment sent under Registered cover.

लेखाधिकारी को अग्रेषित:

Forwarded to the Accounts Officer:

यहां पता एवं पदनाम इंगित करें

(Here indicate the address and designation)

इस टिप्पणी सहित कि **With the remarks that -**

1	(i)	आवेदक द्वारा भाग 1 में दिए गए विवरणों की जांच की गई एवं सही पाए गए। The particulars furnished by the applicant in Part-I have been verified and are correct.
	(ii)	आवेदक चिकित्सीय जांच के बिना अपनी परिवर्तित पेंशन का अंश पाने का पात्र है। The applicant is eligible to get a fraction of his pension commuted without medical examination.
	(iii)	इस समय लागू सारणी के अनुसार पेंशन की परिवर्तित राशि का मूल्य..... रुपये है तथा। The commuted value of pension determined with reference to the Table applicable at present comes to Rs.....and
	(iv)	परिवर्तित कराने के बाद शेष पेंशन की राशिरुपये होगी। The amount of residuary pension after commutation will be Rs.
2	आवेदक द्वारा सभी प्रकार से पूर्ण पेंशन पेपर इस मंत्रालय/विभाग/कार्यालय के पत्राक..... दिनांक..... के अन्तर्गत अग्रेषित कर दिए गए हैं। यह अनुरोध है कि परिवर्तित पेंशन की राशि का भुगतान पेंशन अदायगी आदेश द्वारा सेवानिवृत्ति से एक मास पूर्व जारी किया जा सकता है। The pension papers of the applicant completed in all respects were forwarded under this Ministry/Department/Office Letter No..... dated.....it is requested that the payment of commuted value of pension may be authorized through the Pension Payment Order which may be issued one month before the retirement of the applicant.	
3	इस फार्म के भाग-1 की रसीद भाग-2 में पाई गई है जो कि आवेदक को अलग से दिनांक..... को अग्रेषित कर दी गई है। The receipt of Part-I of this Form has been acknowledged in Part-II which has been forwarded separately to the applicant on.....	
4	पेंशन की कम्यूट की गई राशि लेखा शीर्ष पेंशन तथा अन्य पेंशन संबंधी लाभ से निकाली जा सकती है। The commuted value of pension is debit able to Head of Account: Pension & Other Pensionary benefits.	

कार्यालय प्रमुख
(Head of Office)

डा. / श्री..... के नमूना हस्ताक्षर

Specimen Signature of Dr./Shri

1.

2.

3.

हस्ताक्षर सत्यापित
Signature Attested

पी.पी. के संबंध में विवरणात्मक नामावली के विवरण प्रदर्शित करने वाली टिप्पणी
Statement showing the details of Descriptive Roll in respect of PP

जन्म तिथि

Date of Birth

कद

Height

पहचान के लिए व्यक्तिगत चिन्ह

Personal mark for Identification

1

2

सत्यापित
ATTESTED

श्री सुपुत्र श्री..... पदनाम रा.डे.अनु.सं., करनाल के
अंगूठे/अंगुली के निशान प्रदर्शित करने वाला विवरण

Statement showing Thumb/Finger Impression of Shri..... S/O

Sh..... (Designation)..... at N.D.R.I., Karnal

अंगूठे के निशान

Thumb Impression

तर्जनी अंगुली

Fore finger

मध्यमा अंगुली

Middle Finger

अनामिका अंगुली

Ring Finger

छोटी अंगुली

Little Finger

सत्यापित
Attested

(हस्ताक्षर मुहर सहित)
(Signature with rubber stamp)

नियत चिकित्सा भत्ता अथवा अन्य प्रकार से चिकित्सीय सुविधा लेने का विकल्प
Option for Fix Medical Allowance or otherwise

मैं.....भारत सरकार के संकल्प संख्या 11-1/2016-आई.सी दिनांक 06.07.2017 तथा भा.कृ.अनु.प. द्वारा पृष्ठांकित संख्या एफ आई.एन./24/1/2017-सी डी एन (ए एवं ए) दिनांक 13.7.2017 के अनुसार निम्नलिखित में से एक विकल्प चुनता हूँ :-

I..... opt to avail one of the following As per GOI Resolution No.11-1/2016-IC dt. 06.7.2017 duly endorsed by ICAR vide No.FIN/24/1/2017-CDN(A&A) dt. 13.7.2017 :-

- (i) नियत चिकित्सा भत्ता 1000/- रुपये मासिक अथवा जो लागू हो।
Fixed Medical Allowance of Rs.1000/- per month or as admissible
- (ii) भा.कृ.अनु.प. की डिस्पेंसरियों से चिकित्सा सुविधा।
Medical facilities from ICAR's Dispensaries
- (iii) रक्षा विभाग की डिस्पेंसरी/अस्पताल से चिकित्सा सुविधा।
Medical facilities from Dispensary/Hospital of Defence

.....
हस्ताक्षर Signature

नाम(Name)

पदनाम(Designation)

प्रभाग / अनुभाग(Division/Section).....

मोबाइल नंबर (Mobile No.).....

टिप्पणी : एक बार दिया गया यह विकल्प बदला नहीं जा सकता है। ऊपर दिए गए विकल्पों में से एक पर टिक का निशान लगा कर अन्य विकल्पों को काट दें।

Note : Option once exercised cannot be changed/revoked. Tick on one of above is compulsory while, striking others.

नियत चिकित्सा भत्ता अथवा अन्य प्रकार से चिकित्सीय सुविधा लेने का विकल्प
Option for Fix Medical Allowance or otherwise

मैं.....भारत सरकार के संकल्प संख्या 11-1/2016-आई.सी दिनांक 06.07.2017 तथा भा.कृ.अनु.प. द्वारा पृष्ठांकित संख्या एफ आई.एन./24/1/2017-सी डी एन (ए एवं ए) दिनांक 13.7.2017 के अनुसार निम्नलिखित में से एक विकल्प चुनता हूँ :-

I..... ,.....opt to avail one of the following As per GOI Resolution No.11-1/2016-IC dt. 06.7.2017 duly endorsed by ICAR vide No.FIN/24/1/2017-CDN(A&A) dt. 13.7.2017 :-

(i)	नियत चिकित्सा भत्ता 1000/- रुपये मासिक अथवा जो लागू हो। Fixed Medical Allowance of Rs.1000/- per month or as admissible
(ii)	भा.कृ.अनु.प. की डिस्पेंसरियों से चिकित्सा सुविधा। Medical facilities from ICAR's Dispensaries
(iii)	रक्षा विभाग की डिस्पेंसरी/अस्पताल से चिकित्सा सुविधा। Medical facilities from Dispensary/Hospital of Defence

.....
हस्ताक्षर Signature

नाम(Name)

पदनाम(Designation)

प्रभाग / अनुभाग(Division/Section).....

मोबाइल नंबर (Mobile No.).....

टिप्पणी : एक बार दिया गया यह विकल्प बदला नहीं जा सकता है। ऊपर दिए गए विकल्पों में से एक पर टिक का निशान लगा कर अन्य विकल्पों को काट दें।

Note : Option once exercised cannot be changed/revoked. Tick on one of above is compulsory while, striking others.

घोषणा
UNDERTAKING

मैं..... एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरे नियोक्ता द्वारा भा.कृ.अनु.प. फण्ड में से मुझे यदि कोई अधिक भुगतान किया जाता है तो वह किसी भी समय मुझे देय किसी भी प्रकार की भुगतान राशि में से काट सकते हैं।

I.....hereby undertake that any excess payment that has to be paid to me from the ICAR fund by the employer may be deducted at any time from any payment which is payable to me.

.....
हस्ताक्षर Signature
नाम(Name)
पदनाम(Designation)
मोबाइल नंबर (Mobile No.).....

साक्षी / Witness:

1.

2.

फार्म-ए FORM-A
(नियम 5 देखें) (see Rule 5)

पेंशन संवितरण अधिकार/कार्यालय प्रमुख
Pension Disbursing Authority/Head of office
(बैंक/कोष/डाकघर/लेखाधिकारी आदि का नाम)
(Name of Bank/Treasury/Post Office/Accounts Officer etc.)

स्थान Place

मैं,.....(पेंशनभोगी का नाम स्पष्ट अक्षरों में) एतद्वारा नीचे दिए गए नाम के व्यक्ति को पेंशन के बकाया के भुगतान (नामांकन) नियम, 1983 के नियम 5 के अन्तर्गत नामित करता हूँ।

I,------(Name of the pensioner in Capital Letters) hereby nominate the person named below, under Rule 5 of the payment of Arrears of Pension(Nomination) Rules,1983.

नामित व्यक्ति का नाम तथा पता Name and address of the nominee	पेंशन पाने वाले व्यक्ति के साथ संबंध Relation-ship with the pensioners	यदि नामित व्यक्ति अव्यस्क है If nominee is minor		कालम(1) के अन्तर्गत अन्य नामित व्यक्ति का नाम तथा पता पेंशन भोगियों से पूर्वमृत Name and address of other nominee under Column(1) predecease the pensioners	पेंशनभोगी के साथ संबंध Relation ship with pensioner	यदि अन्य नामित व्यक्ति अव्यस्क है तो उसकी जन्मतिथि Date of birth if the other nominee is minor	अन्य नामित व्यक्ति की अव्यस्कता के दौरान पेंशन प्राप्त करने वाले व्यक्ति का नाम तथा पता Name and address of person who may receive the pension during the other nominee minority	आकस्मिकता जिसके होने पर नामांकन अमान्य हो जाएगा Contingency on happening of which nomination shall become invalid
		जन्म तिथि Date of birth	नामित व्यक्ति की अव्यस्कता के दौरान कथित पेंशन जो व्यक्ति प्राप्त करेगा उसका नाम तथा पता Name and address of person who may receive the said pension during the nominees minority					
1	2	3	4	5	6	7	8	9

स्थान/Place :

हस्ताक्षर (अथवा यदि पेंशनभोगी अनपढ़ है तो अंगूठे का निशान)पेंशनभोगी का नाम

Signature(or thumb impression if illiterate and name of pensioner.

दिनांक Date :

साक्षी हस्ताक्षर Witness : Signature

नाम एवं पता Name & address

पेंशन संवितरण अधिकारी / कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर
पेंशन संवितरण अधिकारी / कार्यालय प्रमुख द्वारा भेजे जाने वाली पावती

Signature of Pension Disbursing Authority/Head of Office.

**Acknowledgement to be sent by the Pension Disbursing
Authority/Head of Office.**

प्रमाणित किया जाता है कि(पेंशनभोगी का नाम) जिनका पता
..... है से आवेदन / नामांकन प्राप्त हो गया है

**Certified that application/nomination has been received from-----
(name of pensioner) whose address
is_____**

स्थान :

Place:

पेंशन संवितरण अधिकारी के हस्ताक्षर

बैंक / कोष / डाकघर / लेखाधिकारी / कार्यालय प्रमुख

Signature of pension Disbursing Authority Bank/

Treasury/Post office/Accounts officer/ Head of Office

स्थान :

Date:

फार्म-5
FORM-5
(नियम 7 (देखें))
(See Rule 7)

सेवा में,
To

कार्यालय प्रमुख
The Head of Office

मैं,पेंशनभोगी का नाम स्पष्ट अक्षरों में) एतद्वारा केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन को परिवर्तित करने)के नियम 1981 के नियम 7 के अन्तर्गत नीचे दिए गए नाम के व्यक्ति को नामित करता हूँ।

I, -----(Name of the pensioner in Capital Letters) hereby nominate the person named below, under Rule 7 of the Central Civil Services (Commutation of Pension)Rules,1981.

नामित व्यक्ति का नाम तथा पता Name and address of the nominee	पेंशन पाने वाले व्यक्ति के साथ संबंध Relati on-ship with the pensio ners	यदि नामित व्यक्ति अव्यस्क है If nominee is minor		कालम(I) के अन्तर्गत अन्य नामित व्यक्ति का नाम तथा पता पेंशन भोगियों से पूर्वमृत Name and address of other nominee under Column(1) predecease the pensioners	पेंशनभोगी के साथ संबंध Relationship with pensioner	यदि अन्य नामित व्यक्ति अव्यस्क है तो उसकी जन्मतिथि Date of birth if the other nominee is minor	अन्य नामित व्यक्ति की अव्यवस्कता के दौरान पेंशन प्राप्त करने वाले व्यक्ति का नाम तथा पता Name and address of person who may receive the pension during the other nominee minority	आकस्मिकता जिसके होने पर नामांकन अमान्य हो जाएगा Contingency on happening of which nomination shall become invalid
		जन्म तिथि Date of birth	नामित व्यक्ति की अव्यस्कता के दौरान कथित पेंशन जो व्यक्ति प्राप्त करेगा उसका नाम तथा पता Name and address of person who may receive the said pension during the nominees minority					
1	2	3	4	5	6	7	8	9

स्थान Place :

हस्ताक्षर (अथवा यदि पेंशनभोगी अनपढ़ है तो अंगूठे का निशान)पेंशनभोगी का नाम
Signature(or thumb impression, if illiterate and name of pensioner.

साक्षी हस्ताक्षर Witness : Signature

नाम एवं पता Name & address

कार्यालय प्रधान के हस्ताक्षर
Signature of Head of Office

पेंशनभोगी द्वारा वचनबद्धता का नमूना पत्र
SPECIMEN LETTER OF UNDERTAKING BY THE PENSIONER

दिनांक.....

Dated.....

सेवा में,
To,

शाखा प्रबन्धक

The Branch Manager

----- बैंक

-----Bank

----- (शाखा एवं पता) (Branch & address)

महोदय,

Dear Sir,

आपके बैंक द्वारा..... खाता संख्या के अधीन पेंशन का भुगतान
Payment of pension under A/c No. through your Bank.

मेरे अनुरोध पर आपने विचार विमर्श करते हुए प्रत्येक मास मेरी पेंशन का भुगतान मेरे खाते में करना स्वीकार किया है मैं, अधोहस्ताक्षरी स्वीकार करता हूँ तथा यह घोषणा करता हूँ कि मैं उस राशि को वापिस करूंगा जो मुझे वापिस करनी होगी। इसके अतिरिक्त मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं स्वयं तथा मेरे उत्तराधिकारी, वारिस, प्रबंधक एवं प्रशासक इसके लिए बाध्य होंगे यदि मेरे खाते में मेरी पेंशन जमा करने से बैंक को कोई हानि होती है तो वह तत्काल वापिस बैंक में जमा करेंगे तथा बैंक को यह अधिकार होगा कि मेरे कथित खाते में से अथवा किसी अन्य खाते में से मेरी ओर से बैंक को देय राशि निकालने का अधिकार होगा।

In consideration of your having at my request, agreed to make payment of pension due to me every month by credit to my account with you I the undersigned agree and undertake to refund or make good any amount to which I am or would be entitled. I further hereby undertake and agree to bind myself and my heirs, successor, Executors and administrators to indemnify the bank from and against any loss suffered or incurred by the bank in so crediting my pension to my account under the scheme and to forthwith pay the same to the bank and also irrevocably authorize the bank to recover the amount due by debiting to my said account or any other account/deposits belonging to me in the possession of the bank.

भवदीय **Yours faithfully,**

हस्ताक्षर **Signature**

नाम **Name**

पता **Address**

.....

मोबाइल नं./ **Mobile No.**

साक्षी/**Witnesses:**

(1) हस्ताक्षर **Signature**

नाम **Name**

पता **Address**

.....

(2) हस्ताक्षर **Signature**

नाम **Name**

पता **Address**

.....

नियम 77 (2) देखें {See Rule-77 (2)}

सरकारी कर्मचारी की मृत्यु पर मृत्यु उपदान प्रदान करने के लिए आवेदन का फार्म
(Form of application for the grant of Death Gratuity on the death of a Govt.servant)

(प्रत्येक दावेदार द्वारा अलग फार्म भरना चाहिए तथा यदि दावेदार अवयस्क है तो फार्म उसकी ओर से अभिभावक द्वारा भरा जाना चाहिए। यदि एक से अधिक अवयस्क हैं तो अभिभावक को उनकी ओर से एक फार्म में उपदान का दावा करना चाहिए)

(To be filled in separately by each claimant and in case the claimant is minor, form should be filled in by the guardian on his/her behalf. Where there are more than one minor, the guardian should claim gratuity in one form on their behalf.)

1.(i) दावेदार का नाम यदि वह अवयस्क नहीं है तो Name of the claimant in case he is not minor (ii) दावेदार की जन्म तिथि Date of birth of the claimant	
2.(i) यदि दावेदार अवयस्क है तो अभिभावक का नाम Name of the guardian in case claimants are minor (ii) अभिभावक की जन्मतिथि Date of birth of the guardian	
3.(i) मृतक सरकारी कर्मचारी का नाम जिसके उपदान का दावा किया जा रहा है। Name of the deceased Govt.servant in respect of whom gratuity is being claimed (ii) सरकारी कर्मचारी की मृत्यु की दिनांक Date of death of the Govt.servant (iii) मृतक कर्मचारी ने अन्त में किस कार्यालय / विभाग / मंत्रालय में काम किया। Office/Department/Ministry in which the deceased served last.	
4. दावेदार / अभिभावक का मृतक सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध। Relationship of the claimant/guardian with the deceased Govt. servant	
5. दावेदार / अभिभावक का पूरा डाक पता। Full Postal address of the claimant / guardian.	
6. यदि अवयस्कों की ओर से अभिभावक द्वारा उपदान का दावा किया गया है तो अवयस्कों का नाम, उनकी आयु तथा मृत सरकारी कर्मचारी के साथ उनका सम्बन्ध आदि Whether gratuity is claimed by the guardian on behalf of minors, the names of the minors, their age, relationship with the deceased Government servant etc.	

क्र.सं. S.No.	नाम / Name	आयु / Age	सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the Govt.servant	डाक पता / Postal address
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
(ii) अवयस्क के साथ अभिभावक का संबंध Relationship of the guardian with minor				
7. पेंशन तथा मृत्यु उपदान के भुगतान का स्थान (कोष, उप-कोष, पब्लिक सैक्टर बैंक, शाखा अथवा वेतन एवं लेखा कार्यालय Place of payment of pension & death gratuity (Treasury, Sub-treasury, Public Sector Bank, Branch or Pay & Accounts Office)				

हस्ताक्षर (Signature).....

दावेदार के अंगूठे का चिन्ह
Thumb Impression Of the claimant

8. दावेदार / अभिभावक के विधिवत सत्यापित दो नमूना * हस्ताक्षर अथवा बाएं हाथ के अंगूठे एवं अंगुलियों के छाप (अलग पन्ने में दर्शाये) Two specimen signatures of or left hand thumb & finger impressions of the claimant /guardian duly attested *(to be furnished in a separate sheet)	
--	--

9. सत्यापित द्वारा Attested by** :- नाम / Name	पूरा पता / Full Address	हस्ताक्षर / Signature
(i)		
(ii)		
10. साक्षी / Witnesses:		
(i)		
(ii)		

* उस स्थिति में यदि आवेदक अपने नाम के हस्ताक्षर करने जितना भी पढ़ा नहीं है।

* To be furnished in case the applicant is not literate enough to sign his name.

** सत्यापन दो राजपत्रित सरकारी कर्मचारियों द्वारा अथवा जहां आवेदक रहता है उस शहर, गांव अथवा परगना के दो अथवा दो से अधिक सम्मानित व्यक्तियों द्वारा किया होना चाहिए।

** Attestation should be done by two Gazetted Government Servants or two or more persons of respectability in the town, village or Pargana in which the applicant resides.

फार्म-14 / FORM-14**(नियम 77 (3) तथा 81 (2) देखें) / {See Rule 77(3) and 81(2)}**

सरकारी कर्मचारी / पेंशनभोगी की मृत्यु पर पारिवारिक पेंशन, 1964 प्रदान करने के लिए आवेदन का फार्म।

Form of application for the grant of Family Pension, 1964 on the death of a Government Servant/Pensioner.

(1) आवेदक का नाम / Name of the applicant	
(i) विधवा / विधुर / Widow/Widower	
(ii) अभिभावक, यदि मृत व्यक्ति के जीवित बच्चा अथवा बच्चे हैं Guardian, if the deceased person is surviving child or children.	

(2) मृत सरकारी कर्मचारी / पेंशन भोगी के जीवित विधवा / विधुर तथा बच्चों के नाम एवं आयु :- Name and age of surviving widow/ widower and children of the deceased Govt.servant/Pensioner :-			
क्रमांक / S. No.	नाम / Name	मृत व्यक्ति के साथ संबंध / Relationship with the deceased person	जन्म तिथि Date of birth by Christian era.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

3. मृत पेंशनभोगी का नाम तथा पी.पी.ओ. नं. Name and No. of the PPO of the deceased pensioner.	
4. सरकारी कर्मचारी / पेंशनभोगी की मृत्यु की दिनांक Date of death of the Govt.servant/ pensioner	
5. मृत सरकारी कर्मचारी / पेंशनभोगी ने अन्त में किस कार्यालय / विभाग / मंत्रालय में कार्य किया Office/Department/Ministry in which the deceased Govt. servant / pensioner served last.	
6. यदि आवेदक अभिभावक है तो मृत सरकारी कर्मचारी / पेंशनभोगी के साथ उसका संबंध एवं जन्मतिथि If the applicant is guardian, his date of birth and relationship with the deceased govt. servant/ pensioner.	
6(क) यदि आवेदक विधवा / विधुर है तो उसके पति / पत्नी की मृत्यु की दिनांक को उसे प्राप्त होने वाली सर्विस पेंशन की राशि (A) If the applicant is a widow/widower the amount of service pension which he may be in receipt on the date of death of the husband/wife.	
7. आवेदक का पूरा पता / Full Address of the applicant	

<p>8. पेंशन तथा उपदान के भुगतान का स्थान (कोष, उपकोष अथवा पब्लिक सैक्टर बैंक शाखा तथा वेतन एवं लेखाधिकारी) Place of payment of Pension & gratuity (Treasury, Sub-treasury or Public Sector Bank Branch & Pay & Accounts Office)</p>	
<p>9. संलग्नक / Enclosures:</p> <p>(i) आवेदक के विधिवत सत्यापित दो नमूना हस्ताक्षर (दो अलग-अलग शीट पर प्रस्तुत किए जाने चाहिए) Two specimen signatures of the applicant, duly attested (to be furnished in two separate sheets).</p> <p>(ii) आवेदक के विधिवत सत्यापित पासपोर्ट आकार की दो फोटोग्राफ Two copies of passport size Photographs of the applicant, duly attested.</p> <p>(iii) दो स्लिप्स पर आवेदक के विधिवत सत्यापित बाएं हाथ के अंगूठे एवं अंगुलियों के चिन्ह Two slips each bearing left hand thumb & finger impressions of the applicant, duly attested.</p> <p>(iv) आवेदक का विधिवत सत्यापित विवरणात्मक पंजी जिसमें (क) कद तथा (ख) व्यक्तिगत चिन्ह यदि कोई हाथ, चेहरे आदि पर है तो इंगित हो (कुछ सहज से दिखने वाले निशान, निर्दिष्ट करें कम से कम दो, यदि संभव हो तो (दो प्रतियों में प्रस्तुत करें) Descriptive roll of the applicant, duly attested, indicating (a) height & (b) personal marks, if any, on the hand, face etc. (Specify a few conspicuous marks, not less than two, if possible). (to be furnished in duplicate).</p> <p>(v) आयु का प्रमाणपत्र (मूल एवं दो सत्यापित प्रतियों सहित) जिसमें बच्चों की जन्मतिथियां दर्शायी गई हों। प्रमाणपत्र नगरपालिका के अधिकारियों अथवा स्थानीय पंचायत अथवा मान्यता प्राप्त स्कूल के प्रधानाचार्य द्वारा (यदि बच्चा किसी ऐसे स्कूल में पढ़ रहा है दिया होना चाहिए। यह सूचना ऐसे बच्चों अथवा बच्चों के बारे में दी जानी चाहिए जिनकी जन्मतिथि कार्यालय मुख्यालय में उपलब्ध नहीं है Certificate(s) of age (in original with two attested copies) showing the dates of birth of the children. The certificate should be from the Municipal Authorities or from the local Panchayat or from the head of a recognized school if the child is studying in such school. (This information should be furnished in respect of such child or children, the particulars of whose date of birth are not available with the Head of Office).</p>	
<p>10. इंगित करें कि क्या पारिवारिक पेंशन किसी अन्य स्रोत—मिलिट्री अथवा राज्य सरकार तथा/अथवा एक पब्लिक सेक्टर अंडरटेकिंग/स्वायत्ताशासी निकाय/केन्द्र अथवा राज्य सरकार के अन्तर्गत स्थानीय फंड से स्वीकार्य है। Indicate whether family pension is admissible from any other source---Military or State Govt. and/or a Public Sector Undertaking/Autonomous Body/local fund under the Central or a State Govt.</p>	
<p>11.</p>	<p>..... आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का चिन्ह Signature or thumb-impression of the applicant</p>

<p>12. सत्यापित द्वारा Attested by** :- नाम / <u>Name</u></p> <p>(i)</p>	<p><u>पूरा पता / Full Address</u></p>	<p><u>हस्ताक्षर / Signature</u></p>
<p>10. साक्षी / Witnesses:</p> <p>(i)</p> <p>(ii)</p>		