

सि.सि.एस.(छुट्टी) नियम
CCS (Leave) Rules
(नियम 14 देखिए)
(See Rule 14)

छुट्टी की अर्जी का फार्म
**APPLICATION FOR LEAVE OR FOR
EXTENSION OF LEAVE**

1. आवेदक का नाम
Name of the applicant.
2. पद
Designation.
3. विभाग, कार्यालय और अनुभाग
Department, Office & Section.
4. वेतन
Pay
5. मकान किराया, भत्ता, सवारी भत्ता, या अन्य
पूरक भत्ते जो वर्तमान पद पर मिलते हों।
House Rent, Allowance, conveyance allowance
or other compensatory allowance in the
present post.
6. मांगी गई छुट्टी की अवधि और उसका प्रकार,
छुट्टी किस तारीख से चाहिए।
Nature and period of leave applied for
and date from which required.
7. यदि छुट्टी से पहले और बाद में कोई रविवार या
राजपत्रित छुट्टियां जोड़ी जानी हों तो लिखें।
Sundays and holidays if any proposed to be
prefixed/suffixed to leave.
8. छुट्टी मांगने का कारण
Grounds on which leave is applied for
9. पिछली छुट्टी से लौटने की तारीख उसकी अवधि और प्रकार
Date of return from last leave and the nature
and duration of leave.
10. इस छुट्टी के दौरान के वर्ष समूह की छुट्टी यात्रा
रियायत का लाभ उठाने का मेरा विचार है/विचार नहीं है।
I propose/do not propose to avail myself on leave travel
concession for the block during the ensuring leave.
11. छुट्टी के दौरान पता:-
Address while on leave

(आवेदक के हस्ताक्षर तारीख सहित)

Signature of applicant with date

12. नियंत्रण अधिकारी की अभ्युक्ति या सिफारिश
Remarks/recommendation of the controlling officer.

(हस्ताक्षर और पदनाम)

Signature with Designation

प्रोफार्मा
PROFORMA

अनुभाग/प्रभाग का नाम.....

Name of the Section Division:

1. कर्मचारी का नाम & पदनाम:

Name & designation of the Employee:

2. आयु

Age:

3. शैक्षिक अर्हता:

Educational Qualification:

4. हिन्दी की योग्यता किस स्तर की है:

(पास की गई उच्चतम परीक्षा का विवरण दें।)

Upto which level studied Hindi:

(Give details of highest level of examination passed)

5. क्या उस योग्यता से यह माना जा सकता है कि उसे:

Whether this qualification can be considered as possessing:

i. हिन्दी का कार्यसाधक ज्ञान है। (नियम 10 देखें)

Working knowledge of Hindi (See Rule 10)

ii. हिन्दी में प्रवीणता प्राप्त है। (नियम 09 देखें)

Proficiency in Hindi (See Rule 09)

6. कर्मचारी की मातृभाषा:

Mother tongue of the Employee:

7. क्या हिन्दी भाषा (प्रबंध, प्रवीण, प्राज्ञ) आशुलिपि/टंकण का प्रशिक्षण प्राप्त किया है:

Whether received training in Hindi language (Prabodh, Praveen, Pragya)

/Stenography/Typing:

हस्ताक्षर

Signature

कृ.पृ.उ.

P. T. O.

नियम (9) (हिन्दी में प्रवीणता)

Rule (09) Proficiency in Hindi

कर्मचारी के बारे में यह समझा जाएगा कि उसे हिन्दी में प्रवीणता प्राप्त है यदि:-

An employee shall be deemed to possess proficiency in Hindi if:-

- (क) उसने मैट्रिक परीक्षा, या उसकी कोई समतुल्य या उससे उच्चतर परीक्षा, हिन्दी को परीक्षा के माध्यम के रूप में अपना कर, उत्तीर्ण की है, अथवा
He has passed the Matriculation or any equivalent or higher examination with Hindi as the medium of examination; or
- (ख) स्नातकोत्तर परीक्षा में अथवा स्नातकोत्तर परीक्षा का समतुल्य या उससे उच्चतर किसी अन्य परीक्षा में हुन्दी उसका एक वैकल्पिक विषय था, अथवा
He has taken Hindi as an elective subject in the degree examination or any other examination equivalent to or higher than the degree examination; or
- (ग) वह इन नियमों के उपाबद्ध प्रारूप में यह घोषणा करता है कि उसे हिन्दी में प्रवीणता प्राप्त है।
He declares himself to possess proficiency in Hindi.

नियम (10) (हिन्दी का कार्यसाधक ज्ञान)

Rule (09) Working knowledge of Hindi

कर्मचारी के बारे में यह समझा जाएगा कि उसने हिन्दी का कार्यसाधक ज्ञान प्राप्त कर लिया है यदि उसने :-

An employee shall be deemed to have acquired working knowledge of Hindi if he has passed:-

- (1) मैट्रिक परीक्षा या उसकी समतुल्य या उससे उच्चतर परीक्षा, हिन्दी विषय के साथ उत्तीर्ण की है, अथवा
The matriculation or an equivalent or higher examination with Hindi as one of the subject; or
- (2) केन्द्रीय सरकार की हिन्दी प्रशिक्षण योजना के अंतर्गत आयोजित प्राज्ञ परीक्षा या जब उस सरकार द्वारा किसी विशिष्ट प्रवर्ग के पदों के संबंध में ऐसा विनिर्दिष्ट किया जाए, उस योजना के अंतर्गत कोई निम्नस्तर परीक्षा उत्तीर्ण की है, अथवा
The Pragya examination conducted under the Hindi Teaching Scheme of the Central Government or when so specified by that Government in respect of any particular category of posts, any lower examination under that scheme; or
- (3) केन्द्रीय सरकार द्वारा उस निमित्त विनिर्दिष्ट कोई अन्य परीक्षा उत्तीर्ण कर ली है, अथवा
Any other examination specified in that behalf by the Central Government, or
- (4) यदि वह इन नियमों के उपाबद्ध प्रारूप में यह घोषणा करता है कि उसने ऐसा ज्ञान प्राप्त कर लिया है।
If he declares himself to have acquired such working knowledge.

फार्म-एम आर सी (एस) /FORM MRC(S)
कर्मचारियों को सेवा देने के लिए (For serving employees)

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना / Central Government health scheme		
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा फार्म / medical reimbursement claim form		
मूल कार्ड धारक द्वारा भरा जाये (To be filled up by the Principal Card holder)		
1. क	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक का नाम एवं पदनाम The Principal CGHS Card Holder & Designation	
ख	सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई डी सं. CGHS Ben ID No.	
ग	कर्मचारी कोड सं. Employee Code No.	
घ	वार्ड पात्रता-प्राइवेट/अर्ध-प्राइवेट/सामान्य Ward Entitlement- Pvt./Semi-Pvt./General	
ड	पूरा पता /Full Address	
च	मोबाइल/दूरभाष न. और ई-मेल, यदि है Mobile/telephone No. and e-mail address, if any	
2. क	रोगी का नाम/Patient's Name	
ख	रोगी का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई डी सं. Patient's CGHS Ben ID No.	
ग	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के साथ संबंध Relationship with the Principal CGHS Card Holder	
3.	अस्पताल / डाइग्नोस्टिक/ इमिजिंग केन्द्र का नाम और पता जहां उपचार या जांच करवाई गयी Name & address of the hospital/diagnostic centre/imaging centre where treatment is taken or tests done	
4.	क्या यह अस्पताल/ डाइग्नोस्टिक/ इमिजिंग केन्द्र सी.जी.एच.एस. मान्यता प्राप्त सूची में शामिल है Whether the hospital/diagnostic/imaging centre is empanelled under CGHS	हाँ / नहीं Yes/No
5.	उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति राशि दावा की गयी Treatment for which reimbursement claimed (i) ओ पी डी उपचार /OPD Treatment (ii) इंडोर उपचार /Indoor Treatment (iii) जांच/अन्वीक्षण /Tests/Investigation	
6.	क्या उपचार आपातकाल स्थिति में कराया गया Whether treatment was taken in emergency	हाँ / नहीं Yes/No
7.	क्या उपचार हेतु पूर्व अनुमति ली गयी Whether prior permission was taken for the treatment	हाँ / नहीं Yes/No
8.	क्या अन्य स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना ली गयी है? यदि हाँ, तो दावा / प्राप्त की गयी राशि Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, If yes, amount claimed/received	हाँ / नहीं Yes/No
9.	चिकित्सा हेतु ली गयी अग्रिम राशि, यदि ली गई Details of Medical Advance taken, if any	
10.	दावा की गयी कुल राशि /Total amount claimed (i) ओ पी डी उपचार /OPD Treatment (ii) इंडोर उपचार /Indoor Treatment (iii) जांच/अन्वीक्षण /Tests/Investigation	
11.	बैंक का नाम: Name of the Bank शाखा का एम आई सी आर कोड: Branch MICR Code:	खाता सं.: SB/Ac No.: आई एफ एस सी कोड: IFSC Code:

घोषणा/ Declaration

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति पर उक्त रकम खर्च की गई है, वह पूरी तरह मुझ पर आश्रित है। मैं केंद्रीय सरकार की स्वास्थ्य योजना का लाभार्थी हूँ और उपचार के समय मेरा सी.जी.एच.एस. कार्ड मान्य था। मैं नियम के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I am CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक /Date:

स्थान/Place:

मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के हस्ताक्षर
Signature of the Principal CGHS Card Holder

दस्तावेज संलग्न किए जाए / Documents to be attached

1. कर्मचारी के सी.जी.एच.एस. कार्ड एवं रोगी के सी.जी.एच.एस. कार्ड की प्रति/Photocopy of the CGHS Card of the employee alongwith the patient's CGHS Card.
2. अनुमति पत्र की प्रति, यदि अन्य /Copy of permission letter, if any.
3. आपातकालीन स्थिति में, आपातकालीन सर्टिफिकेट (मूल रसीद)/Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. डिस्चार्ज विवरण की प्रति /Copy of the discharge summary.
5. एम्बुलेंस सर्टिफिकेट (मूल), यदि लागू है तो/Ambulance Certificate (original), if any.
6. दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति के लिए मूल बिल/कैश मेमो/वाउचर आदि/Original bills/cash memo/vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

महत्वपूर्ण/IMPORTANT

जहाँ लागू हो, निम्नलिखित सूचना/दस्तावेज जमा कराना सुनिश्चित करें/Kindly ensure to provide the following information/documents, wherever applicable:

1. अस्पताल/डाईग्नोस्टिक/इमिजिंग केंद्र से जांच की सारी सूचना प्राप्त करें (प्रत्येक टेस्ट का पूरा विवरण और दर तथा टेस्ट की सटीक संख्या, एक्सरे फिल्म आदि) क्योंकि दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति प्रत्येक टेस्ट के लिए निर्धारित सी.जी.एच.एस. की दर से परिकलित की जाएगी/ Obtain Break up of Investigations from the hospital/diagnostic centre/imaging centre (details and rates of individual tests and the exact number of tests. X-ray films, etc.,) as the reimbursable amount is calculated as per approved CGHS rates per test.
2. मूल पेपर गुम हो जाने की स्थिति में, अनुलग्नक I के अनुसार हलफनामा भरकर जमा करें। बिल की सभी प्रतिलिपियां उपचार करने वाले डॉक्टर /विशेषज्ञ से सत्यापित करवाएँ / In case of loss of original papers, Affidavits as per Annexure-I to be submitted. All photocopies of the bills to be attested by the treating doctor/specialist.
3. कार्ड धारक की मृत्यु होने की स्थिति में, दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति के लिए अनुलग्नक II के अनुसार हलफनामा भरकर संलग्न करें / In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure-II to be filled and attached to claim reimbursement.
4. इम्प्लैन्ट की स्थिति में, इम्प्लैन्ट की क्रम सं. सहित बिल न. एवं स्टिकर संलग्न करें / In case of implants, invoice No. alongwith sticker with serial number of the implant to be attached.
5. कोरोनरी स्टेंट की स्थिति में, स्टेंट के बाहरी पाउच संलग्न करें / In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
6. पेसमेकर/आई सी डी आदि के प्रतिस्थापन की स्थिति में, पूर्व पेसमेकर/आई सी डी के वारंटी सर्टिफिकेट की प्रति संलग्न करें/ In case of replacement of pacemaker / ICD etc. copy of the warranty certificate of earlier pacemaker/ICD may be enclosed.

नोट: सी.जी.एच.एस. सुविधाओं का दुरुपयोग करना एक आपराधिक जुर्म है। जानबुझकर तथ्यों को दबाने और झूठा विवरण देने पर दंड संहिता के तहत सी.जी.एच.एस. कार्ड रद्द किया जा सकता है। सेवारत कर्मचारियों के संबंध में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।

Note: Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action including cancellation on CGHS card may be taken in case of employees.

**अनुदेश
INSTRUCTION**

परिवारकी परिभाषा/DEFINITION OF FAMILY

- (1) पति/पत्नी Husband/Wife (केवल पहली पत्नी First wife only)*
- (2) आश्रित माता पिता / सौतेली माँ (यदि दत्तक हैं, केवल दत्तक और असली माता पिता नहीं)
Dependent parents/Step Mother (In case of adoption, only adoptive & not real parents)
- (3) यदि दत्तक पिता की एक से अधिक पत्नियाँ हैं, केवल पहली पत्नी।
If adoptive father has more than one wife, the first wife only.
- (4) महिला कर्मचारी के लिए अपने आश्रित माता-पिता या आश्रित सास-ससुर को सम्मिलित करने का विकल्प है; सेवा काल के दौरान विकल्प केवल एक बार बदला जा सकता है।
A female employee has a choice to include either her dependent parents or her dependent parents-in-law; option exercise can be changed only once during service.
- (5) बच्चे: निम्नलिखित शर्तों के रहते हुए कानूनन सम्मिलित दत्तक बच्चे, सौतेले बच्चे, सरक्षाता के लिए गए बच्चे सम्मिलित हैं।
Children: including legally adopted children, step children and children taken as wards subject to the following conditions:

(i)	पुत्र/Son	कमाना शुरू करने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त करने तक जो भी पहले हो। Till he start earning or attains the age of 25 years, whichever is earlier.
(ii)	पुत्री/Daughter	कमाना शुरू करने या शादी हो जाने तक, आयु की कोई सीमा नहीं, जो भी पहले हो Till she start earning or gets married, irrespective of the age limit, whichever may be earlier.
(iii)	पुत्र किसी भी तरह की स्थाई विकलांगता से पीड़ित (शारीरिक या मानसिक) जैसा कि नीचे परिभाषित है। Son suffering from any permanent disability of any kind (Physical or mental as defined below).	कोई आयु सीमा नहीं Irrespective age limit,
(iv)	आश्रित तलाकशुदा/परित्यक्ता या अपने पति से अलग / विधवा लड़कियाँ और आश्रित विवाहित /तलाकशुदा /करित्यक्ता या अपने पति से अलग/विधवा बहनें Dependent divorced/abandoned or separated from their husband/widowed daughters and dependent unmarried/divorced abandoned or separated from their husband/widowed sisters.	कोई आयु सीमा नहीं Irrespective of age limit
(v)	आश्रित अवस्यक भाई Dependent Minor brother(s)	व्यस्क होने की आयु तक Upto the age of becoming major,

25 वर्ष ऊपर विकलांग पुत्र के लिए केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं प्राप्त करने हेतु कृपया सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

For the purpose of availing CGHS facility for a disabled sons above 25 years,
Please attach a copy of the certificate of disability issued by the competent authority.

विकलांगता: विकलांग व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों की सुरक्षा तथा पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995 (1996 का 1) की धारा 2(1) में निर्धारित विकलांगता होगी जो कि नीचे प्रस्तुत की गई है:

Disability: will be as defined in Section 2(1) of the persons with disabilities (Equal opportunities protection of rights and full participation) Act, 1995 (No.1 of 1996) which is reproduced below:

“

"विकलांगता का अर्थ"

"DISABILITY MEANS"

- (i) अंधापन /Blindness
- (ii) कम दिखना/Low vision
- (iii) उपचारित कुष्ठ/Leprosy cured
- (iv) सुनना बन्द हो गया है/ Hearing impairment
- (v) चलने फिरने में कठिनाई /Loco motor Disability
- (vi) मानसिक अवरुध्दता / Mental retardation
- (vii) दिमागी बीमारी /Mental illness

आश्रित/Dependency:

परिवार के सदस्य (पति/पत्नी को छोड़कर जिनकी मासिक आय 3500/-+ महंगाई भत्ता से कम है उनको आश्रित समझा जाए और जो सामान्यतः केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना लाभार्थी के साथ रहते हैं।

Members of family (other than spouse whose income is less than Rs.3500/-+ DA per month are treated as dependents and are normally residing with CGHS beneficiary.

निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न किए जाएं।

The following Documents are to be enclosed:

- (1) आवासीय प्रमाण/आश्रितों का निवास-(राशन कार्ड/निर्वाचन पहचान पत्र/पासपोर्ट/कालेज, स्कूल, विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पासबुक आदि की प्रति) Proof of Residence/Stay of dependents –(copy of Ration Card/Election Id/Passport/ Identity Card issued by College/School/University/Bank Passbook, etc.
- (2) पुत्र की आयु का प्रमाण/ Proof of age of son
- (3) सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता प्रमाण-पत्र की सत्यापित (यदि आश्रित पुत्र की आयु 25 या उससे अधिक है) Attested copy of Disability certificate issued by Competent Authority (in case of dependent son aged 25 and above)

पेंशनर के लिये जो पहली बार केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड के लिए आवेदन कर रहे हैं, निम्नलिखित अतिरिक्त दस्तावेज़ चाहिए:

For Pensioners applying for CGHS card for the First time the following Additional Documents are required:

- (4) सेवा कालीन केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड सौंपने का प्रमाण-पत्र।
Surrender Certificate of CGHS Card while in service.
- (5) पेंशन अदायगी आदेश / अन्तिम वेतन प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति।
Attested copy of PPO & Last Pay Certificate.\

पेंशनर द्वारा अंशदान ""वेतन एवं लेखाधिकारी, केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना, नई दिल्ली"" के नाम दिल्ली में देय बैंक ड्राफ्ट (अधिसूचित बैंक) द्वारा जारी किया जाना चाहिए।

Contribution by Pensioners should be made by Bank Draft (Scheduled Banks) payable in Delhi in favour of Pay & Accounts Officer CGHS, Delhi.

फार्म 2
Form 2
बाल शिक्षा भत्ता की प्रतिपूर्ति
Reimbursement of Children Education Allowance

1. प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित बच्चा/बच्चे जिनके लिए बाल भत्ता की प्रतिपूर्ति के लिए दावा किया गया है, पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित हैं।

Certified that the child/children mentioned below in respect of whom reimbursement of Children Education Allowance is claimed is/are wholly dependent on me.

बच्चे का नाम तथा जन्मतिथि (Name of the child & Date of Birth)	स्कूल का नाम तथा शैक्षणिक वर्ष (School in which studying & year)	किस कक्षा में पढ़ रहे हैं।(Class in which studying)	भुगतान किया गया शिक्षा शुल्क (Education Allowance actually paid)	दावा की गई प्रतिपूर्ति राशि Amount of reimbursement claimed
1	2	3	4	5
1)				
# शिक्षा शुल्क-सम्पूर्ण वर्ष के लिए 20 /क/ख/ग/घ-अवधि/ # Tuition fees – for the Whole year 20 /I/II/III/IV-Term/				रु Rs.
पुस्तकों का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of books (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.
नोटबुक का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of Note books (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.
वर्दी का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of Uniforms (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.
स्कूल के जूतों का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of school shoes (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.
बच्चे का नाम तथा जन्मतिथि (Name of the child & Date of Birth)	स्कूल का नाम तथा शैक्षणिक वर्ष (School in which studying & year)	किस कक्षा में पढ़ रहे हैं।(Class in which studying)	भुगतान किया गया शिक्षा शुल्क (Education Allowance actually paid)	दावा की गई प्रतिपूर्ति राशि Amount of reimbursement claimed
1	2	3	4	5
2)				
# शिक्षा शुल्क-सम्पूर्ण वर्ष के लिए 20 /क/ख/ग/घ-अवधि/ # Tuition fees – for the Whole year 20 /I/II/III/IV-Term/				रु Rs.
पुस्तकों का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of books (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.
नोटबुक का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of Note books (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.
वर्दी का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of Uniforms (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.
स्कूल के जूतों का क्रय (एक सेट/प्रति बालक/प्रति शैक्षणिक वर्ष) Purchase of school shoes (one set/per child/per A/Y)				रु Rs.

2. प्रमाणित किया जाता है कि बच्चा/बच्चों के सामने लिखा गया शिक्षा भत्ता वास्तव में मैंने अदा किया है। (रसीद संलग्न)

Certified that the tuition fee indicated against the child/children had actually been paid by me. (Receipt enclosed).

3. प्रमाणित किया जाता है कि/**Certified that:-**

(i) मेरी पत्नी/पति सरकारी सेवा में नहीं हैं। My wife/husband is not in Central Govt. service.

(ii) पति/पत्नी केन्द्र सरकार की सेवा में हैं लेकिन वे बच्चा/बच्चों के शिक्षाशुल्क की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेंगे।

My Husband/wife is a central Govt. servant but she/he will not claim reimbursement of tuition fee in respect of our child/children.

4. प्रमाणित किया जाता है कि इस दावे की अवधि के दौरान बच्चा/बच्चे नियमित रूप से स्कूल जाते रहे हैं और वे एक माह से अधिक की अवधि के लिए बिना स्कूल में अनुपस्थित नहीं हैं।

Certified that during the period covered by this claim, the child/children attended school(s) regularly and did not absent himself/herself/themselves from the school(s) without proper leave for the period exceeding one month.

5. ऊपर दिए गए विवरण में यदि कोई परिवर्तन हो जिससे शिक्षा शुल्क प्राप्त करने की मेरी योग्यता प्रभावित हो तो मैं वादा करता हूँ कि मैं उसकी उचित सूचना प्रस्तुत करूँगा और यदि अधिभुगतान हो गया हो तो उसे वापिस कर दूँगा।

In the event of my change in the particulars above which effect my eligibility for reimbursement of tuition fee, I undertake to intimate the same properly and also to refund excess payment made, if any.

नोट:- # शिक्षा शुल्क से तात्पर्य है शिक्षा शुल्क (ट्यूशन फीस), प्रवेश शुल्क, लैब शुल्क, कृषि, इलैक्ट्रॉनिक्स, संगीत अथवा किसी अन्य विषय के लिए लिया जाने वाले विशेष शुल्क, कार्य अनुभव के कार्यक्रमों के अधीन लिया जाने वाला शुल्क बच्चे द्वारा उपयोग किए जाने वाले किसी साधन अथवा उपकरण के लिए अदा किया गया शुल्क, क्रीड़ा/खेल शुल्क तथा पाठ्यक्रम के अलावा अतिरिक्त गतिविधियों के लिए शुल्क।

Note:- # Tuition Fee means tuition fee, admission fee, lab fee, special fee charged for agriculture, electronics, music or any other subject, Fee charged for practical work under the programme of work experience, fee and paid for the use of any aid or appliance by the child, library fee, games/sports fee and fee for extracurricular actives.

संलग्न Encl.:

स्थान Place :-

दिनांक Date:

हस्ताक्षर Signature

फार्म 1
FORM 1
[नियम 53 (1) देखें]
[See Rule 53 (1)]

सेवानिवृत्ति उपदान/मृत्यु उपदान के लिए
Nomination for Retirement Gratuity/Death Gratuity

(जब अंशदायी का परिवार हो और वह उनमें से किसी एक अथवा एक से अधिक सदस्य को नामित करना चाहता हो।)
(When the Government servant has a family and wishes to nominate one member or more than one member, thereof.)

मैं, श्री/श्रीमती/कुमारी....., एतद द्वारा नीचे उल्लिखित व्यक्ति/व्यक्तियों को जो मेरे परिवार का/के सदस्य है/हैं को नामित करता हूँ तथा नीचे विनिर्दिष्ट सीमा तक, कोई भी उपदान प्राप्त करने का अधिकार देता हूँ, जिसका भुगतान केन्द्रीय सरकार द्वारा सेवा के दौरान मेरी मृत्यु हो जाने की स्थिति में प्राधिकृत की जाए तथा मेरी मृत्यु हो जाने पर नीचे विनिर्दिष्ट सीमा तक, कोई भी उपदान प्राप्त करने का अधिकार देता हूँ जो मेरी सेवानिवृत्ति पर मुझे स्वीकार्य हो तथा जिसका मेरी मृत्यु के समय भुगतान शेष हो:-

I,....., hereby nominate the person/persons mentioned below who is/are member(s) of my family, and confer on him/them the right to receive, to the extent specified below, any gratuity the payment of which may be authorized by the Central Government in the event of my death while in service and the right to receive on my death, to the extent specified below, any gratuity which having become admissible to me on retirement may remain unpaid at my death--

मूल नामिती (Original Nominee(s))				वैकल्पिक नामिती (Alternate Nominee(s))	
Names and addresses of nominee/nominees नामिती/नामिति यों का/के नाम और पता	Relationship with the Government servant अंशदायी के साथ संबंध	Age आयु	Amount or share of gratuity payable to each प्रत्येक नामिती को देय उपदान का भाग अथवा राशि	Name, address, relationship and age of the person or persons, if any, to whom the right conferred on the nominee shall pass in the event of the nominee predeceasing the Government servant or the nominee dying after the death of the Government servant but before receiving payment of gratuity. उस व्यक्ति/व्यक्तियों के नाम, पते संबंध तथा आयु जिन्हें सरकारी कर्मचारी से पहले नामिती की मृत्यु हो जाने पर अथवा सरकारी कर्मचारी की मृत्यु के पश्चात् परंतु उपदान का भुगतान प्राप्त करने से पहले नामिती की मृत्यु होने पर नामिती का अधिकार दिया जायेगा	Amount or share of gratuity payable to each प्रत्येक नामिती को देय उपदान का भाग अथवा राशि
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

यह नामांकन मेरे द्वारा दिनांक.....को किए गए नामांकन का अधिकमण करता है तथा उसे रद्द किया जाता है। (This nomination supersedes the nomination made by me earlier on.....which stands cancelled.)

नोट (i) सरकारी कर्मचारी को आखिरी प्रविष्टि के नीचे खाली स्थान पर रेखाएं खींच देनी चाहिए जिससे कि उसके हस्ताक्षर करने के पश्चात् और किसी नाम की प्रविष्टि न की जा सके। (Note (i) The Government servant shall draw lines across the blank space below the last entry to prevent the insertion of any name after he has signed.)

(ii) जो लागू न हो उसे कर दें। (ii) Strike out which is not applicable.)

दिनांक.....दिन.....माह.....को स्थान.....

(Dated this.....Day of.....20.....at

दो गवाहों के हस्ताक्षर (Witnesses to signature):-

- 1.
- 2.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
(Signature of Government servant)

(कार्यालय अध्यक्ष द्वारा भरा जाएगा)
(To be filled by the Head of office)

नामांकन द्वारा(Nomination by).....

कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर
(Signature of Head of office)

पदनाम (Designation).....

दिनांक (Date):.....

कार्यालय(Office).....

पदनाम(Designation).....

फार्म 3
FORM 3
(नियम 54 (12) देखें)
[See Rule 54 (12)]
परिवार का विवरण (**Details of Family**)

सरकारी कर्मचारी का नाम:

Name of the Government Servant

पदनाम:

Designation

जन्म तिथि:

Date of Birth

नियुक्ति की तारीख:

Date of appointment

दिनांक/...../201....को मेरे परिवार* का विवरण निम्नानुसार है:-
Details of the members of my family* as on:-/...../201....

क्रम सं. (Serial No.)	परिवार* के सदस्यों के नाम (Name of the members of family*)	जन्म तिथि (Date of Birth)	अधिकारी के साथ संबंध (Relationship with the officer)	कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर (Initials of the Head of Office)	अभ्युक्ति (Remarks)
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि कार्यालयाध्यक्ष को किसी भी प्रकार के संवर्धन अथवा संशोधन की सूचना देते हुए मैं, उक्त जानकारी को अद्यतन रखूंगा/रखूंगी।
(I hereby undertake to keep the above particulars up-to-date by notifying to the Head of the Office any addition or alteration.)

स्थान (Place).....

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

दिनांक (Dated).....

Signature of the Govt. Servant

* इस प्रयोजन के लिए परिवार से आशय है जैसे कि परिवार की परिभाषा सीसीएस (पेंशन) नियम, 1972 के नियम 54 के उप-नियम(14) के खंड (ख) में दी गई है।

(* Family for this purpose means family as defined in Clause (b) of sub rule (14) of Rule 54 of the CCS Pension Rules, 1972.)

टिप्पण:- पत्नी तथा पति में क्रमशः न्यायिक रूप से पृथक हुए पत्नी तथा पति शामिल हैं।

(NOTE--- Wife and husband shall include respectively judicially separated wife and husband.)

बच्चे की देखभाल हेतु छुट्टी की अर्जी का फार्म
FORM OF APPLICATION FOR CHILD CARE LEAVE

टिप्पणी:- मद संख्या 1 से 13 प्रत्येक प्रार्थी को भरनी चाहिए, चाहे वह राजपत्रित हो या अराजपत्रित

Note:- Item 1 to 13 must be filed in by all applicants whether gazetted or non-gazetted.

1. प्रार्थी का नाम /Name of applicant :.....
2. पद/ Post Held :.....
3. विभाग, कार्यालय और अनुभाग /Department Office and Section:.....
4. वेतन/ Pay :.....
5. बच्चों की कुल संख्या /Total number of Children :.....
6. पहले बच्चे का नाम तथा जन्म की तारीख /Name and Date of Birth of the first Child
.....
7. दूसरे बच्चे का नाम तथा जन्म की तारीख / Name and Date of Birth of the Second Child
.....
8. छुट्टियों का आवेदन पहले बच्चे के लिए किया गया है या दूसरे बच्चे के लिए
Whether leave is applied for First child or second child.
.....
9. मांगी गई छुट्टी की अवधि और उसके शुरु होने की तारीख
Period of leave applied and date from which required.
.....
10. रविवार और छुट्टी के दिन यदि कोई हो जिन्हें छुट्टी से पहले बाद में जोड़ना चाहता है
Sundays and holidays, if any, proposed to be pre-fixed/suffixed to leave
.....
11. छुट्टी का कारण/ Ground on which leave is applied for.
.....
12. पहली छुट्टी से लौटने की तारीख और अवधि
Date of return from last leave, and period of that leave.
.....
13. छुट्टी के दौरान पता/ Address during leave

प्रार्थी के हस्ताक्षर (तिथि के साथ)

Signature of the applicant (with date)

14. नियंत्रण अधिकारी की अभ्युक्तियां और /या सिफारिश

अधिकारी के हस्ताक्षर (तिथि के साथ)

Signature of the Officer (with date)

फाइल सं.

भारत सरकार
संचार मंत्रालय
डाक विभाग

डाक भवन, संसद मार्ग,
नई दिल्ली- 110 001,
दिनांक:

सेवा में

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

विषय :

महोदय/महोदया

कृपया उपरोक्त विषय का अवलोकन करें। इस पत्र के साथ पत्र सं.
..... दिनांक की प्रति उचित एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु
प्रेषित है।

संलग्न: उपरोक्तानुसार

भवदीय,

अधिकारी का नाम

पदनाम

फा. सं.

..... विभाग/अनुभाग/प्रकोष्ठ/एकक/कार्यालय

दिनांक:

विषय : अंग्रेजी से हिन्दी अनुवाद करवाने से संबंधित।

कृपया इस विभाग/अनुभाग/प्रकोष्ठ/एकक/कार्यालय
से संबंधित पृष्ठों की सामग्री का अंग्रेजी से हिन्दी में अनुवाद करवाने का कष्ट करें।

संलग्न:

(.....)

अधिकारी का नाम

पदनाम

सहायक निदेशक (रा.भा.)

हिन्दी प्रकोष्ठ

अनुस्मारक-

फाइल सं.

भारत सरकार
संचार मंत्रालय
डाक विभाग

डाक भवन, संसद मार्ग,
नई दिल्ली- 110 001,
दिनांक:

सेवा में

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

विषय :

महोदय/महोदया

कृपया इस अनुभाग/प्रभाग/कार्यालय के दिनांक के उपरोक्त
विषयक पत्र सं. का अवलोकन करें जिसके माध्यम से
..... रिपोर्ट इस अनुभाग/प्रभाग/कार्यालय को भेजने का अनुरोध किया गया
था।

आपको सूचित किया जाता है कि अपेक्षित रिपोर्ट अभी तक इस अनुभाग/प्रभाग/कार्यालय को
प्राप्त नहीं हुई है।

कृपया तत्काल भेजें।

भवदीय,

अधिकारी का नाम

पदनाम

सेवा में,

.....
डाक विभाग, नई दिल्ली

विषय : आधे दिन का आकस्मिक अवकाश लेने हेतु प्रार्थना-पत्र।

महोदय/महोदया,

निवेदन यह है कि दिनांक को मैं
..... के कारण कार्यालय में भोजनावकाश पूर्व/भोजनावकाश
उपरांत उपस्थित नहीं हो सकता/सकती/सका/सकी हूँ। अतः आपसे विनम्र निवेदन है कि मुझे
उपरोक्त दिनांक के लिए आधे दिन का आकस्मिक अवकाश प्रदान कर अनुगृहीत करें।

भवदीय/भवदीया,

हस्ताक्षर :

नाम :

पदनाम :

फा. सं.

..... विभाग/अनुभाग/प्रकोष्ठ/एकक/कार्यालय

दिनांक:

विषय : त्रैमासिक प्रगति रिपोर्ट का प्रेषण।

इस विभाग/अनुभाग/प्रकोष्ठ/एकक/कार्यालय से
संबंधित वर्तमान तिमाही (..... से तक) की त्रैमासिक प्रगति रिपोर्ट
सूचना एवं आवश्यक कार्रवाई के लिए संलग्न हैं।

संलग्न: उपर्युक्त

(.....)

अधिकारी का नाम

पदनाम

सहायक निदेशक (रा.भा.)

हिन्दी प्रकोष्ठ

फा. सं.

..... विभाग/अनुभाग/प्रकोष्ठ/एकक/कार्यालय

दिनांक:

पावती

इस विभाग/अनुभाग/प्रकोष्ठ/एकक/कार्यालय को
प्रेषित विषय से संबंधित आपका पत्र सं.
दिनांक को प्राप्त हुआ जिसके संबंध में आवश्यक कार्रवाई की जा रही है।

(.....)

अधिकारी का नाम

पदनाम

सेवा में,

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

फाइल सं.

भारत सरकार
संचार मंत्रालय
डाक विभाग

डाक भवन, संसद मार्ग,
नई दिल्ली- 110 001,

पावती

फा. सं.

दिनांक:

सेवा में,

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

महोदय/महोदया

आपका दिनांक का पत्र सं.

इस अनुभाग/प्रभाग/कार्यालय को प्राप्त हुआ, जिस पर आवश्यक कार्रवाई की जा रही है।

भवदीय,

अधिकारी का नाम

पदनाम

डाक विभाग

फॉर्म- समाचार पत्र/पत्रों के बिल की प्रतिपूर्ति

तिमाही जिसके लिए दावा किया गया :

समाचार पत्र/पत्रों पर व्यय की गई राशि की प्रतिपूर्ति के लिए दावा बिल 15 जनवरी/अप्रैल/जुलाई/अक्तूबर तक लेखा अधिकारी के पास जमा करवाएं तथा भुगतान 25 तारीख के बाद किया जाएगा।

एक तिमाही विशेष के लिए एक फॉर्म भरें।

माह	समाचार पत्र का नाम	समाचार पत्र एजेंट का नाम/पता	समाचार पत्रों की कुल संख्या		दर	भुगतान की गई राशि	स्वीकार्य राशि	15% कटौती के बाद प्रतिपूर्ति राशि
			सोमवार से शुक्रवार	शनिवार रविवार				

प्रमाण पत्र:

1. प्रमाणित किया जाता है कि दावा किया गया समाचार पत्र मेरे आवास पर मैंने प्राप्त किया।
2. प्रमाणित किया जाता है कि बिल में शुल्क दर सही है।
3. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने पहले से ही रु. का भुगतान कर दिया है।
4. प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर उद्धृत तिमाही के लिए अब से पहले कोई दावा नहीं किया गया है।
5. प्रमाणित किया जाता है कि इस अवधि के दौरान (जिसके लिए दावा किया गया है) आदेश सं. दिनांक के तहत मेरे आवास पर मैंने समाचार पत्र प्राप्त किए।
6. आवासीय पता :

7. समाचार पत्र विक्रेता से प्राप्त मूल बिल संलग्न है।

मैं डाक विभाग, नई दिल्ली में दिनांक से नियुक्त हूँ।

हस्ताक्षर:

पूरा नाम एवं पदनाम:

बैंक का नाम/खाता सं.

अनुभाग: टेलीफोन नं.

कर्मचारी सं.:

स्वीकृत रु./- (रुपये केवल)

(हस्ताक्षर)

अदा करें रु./- (रुपये केवल)

लेखा अधिकारी (रोकड़)

संचार मंत्रालय

डाक विभाग

सरकारी यात्रा के लिए अग्रिम यात्रा भत्ता आवेदन-पत्र

1. नाम : श्री / श्रीमती
- पदनाम :
- प्रस्थान की तारीख
- आगमन की तारीख
2. ब्योरा :
 1. मूल वेतन
 2. क्या अन्य कोई पिछला अग्रिम यात्रा भत्ता लंबित/अनिर्णीत है :
 3. अग्रिम यात्रा भत्ता का ब्योरा :
 - क. रेल/बस/हवाई किराया : रु.
 - ख. कुल रुकने के दिन : महंगाई भत्ता दर : रु.
 - महंगाई भत्ते का 90% : कुल रु.
 - ग. होटल में रुकने का अनुमानित खर्च : रु.
 - घ. भोजन बिल का अनुमानित खर्च : रु.
 4. अग्रिम यात्रा भत्ता अपेक्षित (क+ख+ग+घ) :
रु.
(निकतम रु. 10 के शून्यांत कर दें)
 - 5 यात्रा का उद्देश्य :

(नोट : कृपया सरकारी यात्रा का मंजूरी पत्र सह संलग्न करें।)

(आवेदक के हस्ताक्षर)

टेलीफोन नं.

यात्रा कार्यक्रम अनुमोदित तथा अग्रिम राशि मंजूर की जाती है।

सहायक महानिदेशक (प्रशासन)