



# RAJASTHAN STATE GANGANAGAR SUGAR MILLS LIMITED

Regd. Office: 4<sup>th</sup> Floor, Nehru Sahkar Bhawan, Bhawani Singh Road, Jaipur-302006

CIN:U15421RJ1945SGC000285

15/15

क्रमांक : 26/09-28120

दिनांक : 5/11/15

## परिपत्र

प्रायः यह देखा जा रहा है कि संस्थान में कार्यरत कर्मचारियों की सेवानिवृत्त होने पर उन्हें मिलने वाले परिलाभों की जानकारी नहीं होने के कारण मिलने वाले परिलाभों में अनावश्यक रूप से विलम्ब होता है।

अतः सेवानिवृत्त उपरान्त कार्मिकों को संस्थान के माध्यम से मिलने वाले परिलाभों के सम्बन्ध में निम्नलिखित मार्गदर्शन जारी किये जाते हैं :-

1. कार्मिक के संस्थान से सेवानिवृत्त होने पर मिलने वाली भविष्य निधि की राशि के लिये सेवानिवृत्त होने से 15 दिवस पूर्व सम्बन्धित कार्यालय से निर्धारित प्रपत्र संख्या 19 प्राप्त कर उसे नियमों के परिप्रेक्ष्य में भरकर कम्पनी के द्वारा अधिकृत सक्षम प्राधिकारी को प्रस्तुत करना होगा। तत्पश्चात् कम्पनी द्वारा उक्त प्रपत्र को प्रमाणित कर भविष्य निधि कार्यालय को भिजवाया जावेगा। (आवेदन पत्र फॉर्म नं. 19 संलग्न है) अनुसूची ए  
यदि कोई कार्मिक अपनी सेवानिवृत्त पश्चात् किसी प्रकार का वेतन/भत्तो के बढ़ोतरी के अपेक्षा कर फॉर्म देरी से प्रस्तुत करता है तो भुगतान सम्बन्धी किसी प्रकार की समस्या के लिये सम्बन्धित सदस्य की जिम्मेदारी होगी।
2. सेवानिवृत्त होने पर कार्मिकों को ग्रेच्युटी राशि का भुगतान ग्रेच्युटी एक्ट के तहत किया जाता है। ग्रेच्युटी राशि के लिये निर्धारित प्रपत्र (फॉर्म नं. 4) सेवानिवृत्ति से 45 दिन पूर्व भरने का प्रावधान है, जिसे कार्मिक द्वारा सम्बन्धित नियंत्रण अधिकारी के कार्यालय से प्राप्त कर निर्धारित समय-सीमा के अन्दर भरकर अपने सम्बन्धित अधिकारी को प्रस्तुत करेंगे। (आवेदन पत्र फॉर्म नं. 4 संलग्न है) अनुसूची बी
3. सेवारत कार्मिक को 58 वर्ष पूर्ण होने पर भविष्य निधि के पेशन प्रावधान के तहत प्रपत्र 10 डी. भरकर सक्षम अधिकारी को प्रस्तुत करना होगा (संलग्न प्रपत्र 10 डी.) अनुसूची सी
4. कार्मिक के सेवानिवृत्त होने के उपरान्त उनके अर्जित अवकाश खाते में (अधिकतम 300 दिवस) शेष अर्जित अवकाश के एवज में नगद भुगतान का प्रावधान है। अतः कार्मिक द्वारा सेवानिवृत्ति के 45 दिवस पूर्व सादे कागज पर प्रार्थना पत्र अपने नियंत्रण अधिकारी को प्रस्तुत करना होगा।
5. सेवानिवृत्त होने पर कार्मिक को स्टाफ बेनेवोलेंट फण्ड में से राशि रुपये 20,000/- दिये जाने का प्रावधान है, जिसके लिये सम्बन्धित कार्मिक द्वारा सादे कागज पर आवेदन अपने नियंत्रण अधिकारी को प्रस्तुत करना होगा।

महाप्रबन्धक

प्रतिलिपि :-

1. महाप्रबन्धक, आर.एस.जी.एस.एम. शुगर फैक्ट्री, श्रीगंगानगर।
2. समस्त अधिकारीगण, आर.एस.जी.एस.एम., मुख्यालय, जयपुर।
3. प्रबन्धक, इकाई कार्यालय कोटा, उदयपुर, मण्डौर, भरतपुर, झोटवाड़ा, अजमेर, मदिरा संभाग श्रीगंगानगर को आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है।
4. नोटिस बोर्ड मुख्यालय/शुगर फैक्ट्री श्रीगंगानगर/समस्त इकाई कार्यालय।
5. स.प./मा.फा।

महाप्रबन्धक

PHONES: DIC-2740886; GM-2740068; FA-2740541; DGM(P&S)-2741085; Co. Secy.-2741956; DGM(Pur.)-2740841; DGM(A&P)-2744474; IT Cell-2740475; FAX:0141-2740676; EPBX:2740040

E-mail: [info@rsgsm.in](mailto:info@rsgsm.in)/ [rsgsmlimited@yahoo.com](mailto:rsgsmlimited@yahoo.com)

TIN No : 08682100859

CGSM-PCOffice ViewMaharaja JIPYforma Nov.doc Page 324 of 418

मोबाइल सं./ Mobile Number

केवल कार्यालय में प्रयोग के लिये / For Office use only

दाया संख्या / Claim I.D .....

कर्मचारी भविष्य-निधि योजना, 1952  
EMPLOYEES' PROVIDENT FUND SCHEME, 1952

प्रपत्र-19 / Form -19

यह फार्म भविष्य निधि का दावा करते समय कर्मचारी भविष्य निधि संगठन के बालिक सदस्य द्वारा भरा जाए  
From to be used by major member of the Employees' Provident Fund Scheme, 1952 for claiming the  
Provident Fund dues [Para72] (5)

प्रपत्र भरने से पहले निर्देशों को पढ़ें / (Read the instructions before filing up this for

1.	सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name of the member (in block letters)	
2.	पिता/पति का नाम (विवाहित महिलाओं के मामले में) Father's/ husband's Name in the case of married women	
3.	फैक्ट्री/स्थापना का नाम व पता जिसमें सदस्य अन्तिम बार नियुक्त किया गया था /Name and Address of the Factory /Establishment in which the member was last employed.	
4.	खाता सं./ Account No.	
5.	नौकरी छोड़ने की तिथि/Date of leaving Service	
6.	नौकरी छोड़ने का कारण /Reason of leaving Service	
7.	पत्र व्यवहार का पूरा पता Full postal address (in block letters)	श्री/श्रीमति/ कुमारी/ Shri/Smt./Kumari ..... सुपुत्र/पत्नी/ सुपुत्री/ S/o/W/o/D/o ..... ..... Pin No./पिन कोड .....
8.	<p>भुगतान की विधि / Mode of Remittance</p> <p>(क) मेरे खर्च पर मनीआर्डर द्वारा / (a) By Postal Money Order at my cost.</p> <p>(ख) मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत खाता सं.(अनुसूचित बैंक/ डाकघर) में रेखकित चेक इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आदाता खाता सीधे भेजा जाए/ (b) By account payees cheque electronic mode sent Direct for credit to my S. B. A/C (Scheduled Bank /P.O.) Under intimation to me .</p> <p>(अपने बैंक खाते के छाती/ख बैंक की एक प्रति संलग्न करें Please attach a copy of cancelled/blank Cheque)</p>	<p>चौंछित किसी एक तरीके पर कोष्टक में टिक लगाए Put a 'Tick' in Box against the one opted</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> <div style="margin-left: 10px;"> <p>( ) मद सं. 7 में दिए गए पते पर / To the address given against item No.7</p> <p>( ) बचत बैंक खाता सं / S B Account no .....</p> <p>बैंक का नाम / Name of the Bank .....</p> <p>शाखा / Branch .....</p> <p>आई.एफ.सी. कोड / IFS Code .....</p> <p>शाखा का पूरा पता / Full Address of the Branch .....</p> </div> </div>

(अग्रिम टिकट लगी रसीद नीचे दी गई है) (Advance Stamped Receipt furnished below)

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पूर्ण जानकारी के अनुसार उपरोक्त विवरण सही है / Certified that the particulars are true to the best of my knowledge .

संलग्नता में प्रवेश की तिथि / Date of Joining the Establishment .....

जन्म तिथि / Date of Birth .....

भालू वित्त वर्ष का अंशदान / Contribution for the current Financial Year (वर्ष 2012-13 लागू नहीं) (Not applicable from 2012-13)

वर्ष Year	माह Month	अंशदान Contribution						अंशदान Contribution					
		कर्मचारी EMPLOYEE			मालिक EMPLOYERS			कर्मचारी EMPLOYEE			मालिक EMPLOYERS		
		क.प. क.प. EPF	प.प. प.प. FP	कुल कुल TOTAL	क.प. क.प. EPF	प.प. प.प. FP	कुल कुल TOTAL	क.प. क.प. EPF	प.प. प.प. FP	कुल कुल TOTAL	क.प. क.प. EPF	प.प. प.प. FP	कुल कुल TOTAL
मार्च March							सितंबर September						
अप्रैल April							अक्टूबर October						
मई May							नवंबर November						
जून June							दिसंबर December						
जुलाई July							जनवरी January						
अगस्त August							फरवरी February						

# सदस्य के हस्ताक्षर / Member's Signature  
Form 19 (www.epfindia.gov.in)

# नियोजक के हस्ताक्षर /Employ's Signature  
Page 1 of 2

(यदि दावा प्रपत्र नियोजक द्वारा सत्यापित किया गया है तो यह सूचना नियोजक द्वारा दी जाए)  
(Information to be furnished by the Employer if the Claim Form is Attested by the Employer)  
प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त अंशदान नियमित मासिक जमा धन राशि में शामिल है।/ Certified that the above contributions have been included in the regular monthly remittances.

प्रार्थी ने मेरे सामने हस्ताक्षर किए/अंगूठा लगाया है/ The Applicant has signed/thumb impressed before me.

नियोजक के हस्ताक्षर/ Signature of Employer

तिथि /Date .....

नियोजक का पदनाम और मोहर

Designation & Seal of Employer

अनुलग्नक/ Encl.

नौकरी में न होने की घोषणा/ Declaration of non-employment

टिप्पणी : क.म.नि. योजना 1952 के पैरा 69 के उप-पैरा (2) के खण्ड (ख) और उप-पैरा (1) के खण्ड (ब) के अन्तर्गत निपटान के लिए आवेदन करने के मामले में दावा नौकरी छोड़ने की तारीख से दो महीने के बाद प्रस्तुत करना चाहिए बशर्त सदस्य लगातार बेरोजगार रहा हो अथवा ऐसी स्थापना में कार्यरत हो जिल पर अधिनियम लागू नहीं है।

Note : In the case of submission of application for settlement under clause (S) of sub-paragraph (i) and in clause (b) of Sub paragraph (2) of paragraph 69 of the EPF Scheme, 1952 the claim should be submitted after two months from the date of leaving service provided the member continues to remain un-employed in an estt. to which the Act applies.

सदस्य के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान

Signature or Left / Right hand thumb impression of the member

तिथि /Date

सदस्य के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान

Signature or left / Right hand thumb impression of the member

अग्रिम टिकट लगी रसीद (केवल उपरोक्त 8(ख) के मामले में प्रस्तुत की जाए)

ADVANCE STAMPED RECEIPT (To be furnished only in case of 8(b) above)

क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/प्रभारी उप-लेखा कार्यालय

( ₹ ..... ) की राशि अपने बचत बैंक खाते में प्राप्त की।

Received a sum of ₹ .....

( ₹ .....

only) from Regional Provident Fund

Commission/Officer-in-Charge of Sub Regional Office

Provident fund Account

1.00 ₹ की रसीदी टिकट

लगाइये

Affix 1.00 ₹ Revenue

Stamp

क्षेत्रीय भविष्य निधिआयुक्त/प्रभारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरने के लिए छोड़ा जाये  
The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner, Office-in charge of Sub-Regional Office.

सदस्य के हस्ताक्षर या बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान  
Signature or Left/Right hand thumb impression of the member

आयुक्त कार्यालय के प्रयोग के लिए/ (For the use of Commissioner's Office)

खाते का निपटान किया गया। फार्म सं. 21-ए/2 तथा प्रत्यहरण रजिस्टर/3 प. पै. नि. प्रपत्र 9 (संशोधित) में प्रविष्ट की  
A/c Settled in Part/Full Entered in F-21-A/2 and with drawal Register/ Form 3 (F.P.F.) Form 9(Revised)

सा.सु.स.

SSA

अनु. पर्व

SS

रुपये के अधीन/ Under Rs. ....

भुगतान मद सं.

P.I. No.

मनीआर्डर/ चेक

M.O./Cheque

खाता सं.

Account No.

रुपये के भुगतान के लिए पास किया/ Passed for payment for ₹

(शब्दों में)/(In words) .....

मनीआर्डर कमीशन (यदि कोई हो)/ M.O. Commission (if any)

शुद्ध राशि मनीआर्डर द्वारा दी जानी है/ Net Amount to be paid by M.O.

लेखा अधिकारी

Accounts Officer

दिनांक

Dated

(रोकड़ अनुभाग के प्रयोग के लिए)/ (FOR USE IN CASH SECTION)

चेक सं.

Paid by cheque No. ....

दिनांक

Date .....

रोकड़ बही

Vide cash book

के खाता संख्या-10 मद नाम संख्या

and Account No. 10 Debit item No.

द्वारा किया गया।

अनु. पर्व / SS

स.आ./से.आ/ A.C./R.C.

अभिवृत्तियाँ/ REMARKS

**FROM NO.-4**  
**(See sub rule (1) of Rule 5)**  
**APPLICATION OF GRATUITY BY AN EMPLOYEE**

To,  
The Chairman,  
The G.S.M. Employees Group Gratuity Fund Trust,  
Bhawani Singh Road,  
Jaipur.

Sir/Gentleman,

I beg to apply for payment of Gratuity to which I am entitled under sub Section (1) of Section 5 of the Ganganagar Sugar Mills Employee's Group Gratuity Rules on account of my superannuation/retirement/resignation after completion of not less than five years of continuous service/total disablement due to accident/total disablement due to disease with effect from the ..... Necessary particulars relating to my appointment in the Establishment are given in the statement below :-

**STATEMENT**

1. Name in full :
  2. Address in full :
  3. Department/Branch/Section where last employed. :
  4. Post held with ticked No. or Sr. No. if any. :
  5. Date of appointment. :
  6. Date & cause of termination of service :
  7. Total period of service :
  8. Amount of wages last drawn : Basic pay + DA + Total
  9. Amount of gratuity claimed :
2. I was rendered totally disabled as a result of (here give the details of the nature of disease of accident)  
The evidences/witnesses in support of my total disablement are as follows:  
(Hre give details)
3. Payment may please be made in cash/open or crossed bank cheque.
4. As the amount of gratuity payable is less than Rs. One thousand I shall request to arrange for payment of the sum due to my postal money order at the address mentioned above after deducting postal money order commission there from.

**Place :**

**Dated :**

**Yours faithfully,**

मोबाइल सं./ Mobile Number

(केवल कार्यालय के प्रयोगार्थी) / For Office Use Only  
दावा संख्या / Claim I.D. ....

मासिक पेंशन हेतु आवेदन प्रपत्र-10-डी (क.प.यो.)  
APPLICATION FOR MONTHLY PENSION FORM-10-D (E.P.S.)

कर्मचारी पेंशन योजना, 1995

(EMPLOYEES' PENSION SCHEME, 1995)

(इस प्रपत्र को भरने से पूर्व अनुरोध पढ़ें) / (Read INSTRUCTIONS before filling In this Form)

1. किस के द्वारा पेंशन का दावा किया गया है ?  
By whom the Pension is claimed?

2. दावा की गई पेंशन का प्रकार  
Type of Pension Claimed

3. (क) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Member's Name (In Block Letters)

(ख) लिंग / SEX :

(ग) वैवाहिक स्थिति / Marital Status

(घ) जन्म तिथि / आयु / Date of Birth / Age (dd/mm/yyyy)

(ङ) पिता / पति का नाम / Father's / Husband's Name

4. क. म. नि. खाता संख्या / E.P.F. Account Number

रो. कोड  
RO

का. कोड  
OFFICE

संस्थान कोड नं.  
Establishment Code No.

सदस्य का खाता सं.  
Member's Ac.No.

--	--	--	--

5. स्थापना का नाम व पता जहाँ सदस्य अन्त में नियोजित था  
Name & Address of the Establishment  
in which the member was last employed

6. सेवा त्यागने की तिथि / Date of leaving Service (dd/mm/yyyy) :

7. सेवा त्यागने का कारण / Reason of leaving Service

8. पत्र व्यवहार हेतु पता / Address for communication

  
  

8.(क) न्यून दर पेंशन (समयपूर्व पेंशन) को नामले में पेंशन प्रारम्भ करने हेतु विकल्प की तिथि

(a) In case of reduced pension (opted date  
for commencement of pension.)

दिनांक /Date

माह /Month

वर्ष /Year

सदस्य / आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of member / applicant

नियोक्ता के हस्ताक्षर / Signature of Employee's

9. # राशि के 1/3 भाग के साराधिकरण का विकल्प  
Option for commutation of 1/3 of Pension  
(यदि कम साराधिकरण के लिये विकल्प दिया गया हो तो  
राशि का उल्लेख करें)  
(If option is for lesser  
Commutation indicate the quantum)

हां /Yes	नहीं /No	If Yes, Quantum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	

10. # पूंजी की प्रतिताम हेतु विकल्प [(✓) टिक लगायें]  
Option for Return of Capital. Put a tick (✓)  
यदि हां तो अपने विकल्प की पसंद को दर्शायें।  
If yes, indicate your choice of alternative

हां /Yes	नहीं /No
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2
3	

11. # पूंजी की वापसी हेतु नामित व्यक्ति का नाम उल्लिखित करें।  
Mention your Nominee for Return of Capital  
नाम / Name :  
संबंध / Relation :  
जन्म तिथि / Date of Birth (dd/mm/yyyy) :  
पता / Address :


# दिनांक 26.09.2008 या इसके बाद से पेंशन प्रारम्भ होने कि स्थिति में लागू नहीं / Not applicable if pension start date is on or after 26-09-2008.

12. परिवार का विवरण / Particulars of Family

क्र. सं. Sl.No.	नाम Name	जन्म तिथि / आयु Date of Birth / Age	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member	अपयस्क के समक्ष दर्शायें / Indicate against Minor	
				अभिभावक का नाम Guardian Name	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

टिप्पणी : यदि कोई बच्चा शारीरिक रूप से विकलांग है तो नाम के नीचे 'अशक्त' दर्शायें।

Note: If any child is physically handicapped, please indicate "DISABLED" below his/her name.

13. सदस्य की मृत्यु की तिथि (यदि लागू हो) / Date of death of Member (if applicable)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. खोले गए बैंक खाते का विवरण / Details of Bank Accounts Opened

1	बैंक का नाम / Name of the Bank	
2	शाखा का नाम / Name of the Branch	
3	पूरा डाक पता / Full Postal Address पिन कोड / Pin Code	

(अपने बैंक खाते के खाली/रद्द बैंक की एक प्रति संलग्न करें Please attach a copy of cancelled/blank Cheque)

# सदस्य/आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of member/applicant

नियोक्ता के हस्ताक्षर / Signature of Employer

क्र. सं. Sl No	दावेदार/ दावेदारों का नाम/ Name of Claimant(s)	बचत बैंक खाता सं./ Saving Bank Account Number

14. A (क) यदि दावा किसी नामित व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया गया है तो उल्लिखित करें

(a) If the claim is preferred by nominee, indicate his/her

(1) नाम/ Name

(2) मृत सदस्य के साथ संबंध/ Relationship with deceased Member

15. योजना प्रमाण का विवरण यदि वह पहले ही सदस्य के पास हो (यदि कोई हो)  
Detail of Scheme Certificate already in Possession of the Member, if any

योजना प्रमाणपत्र प्राप्त कर संलग्न किया।

Scheme Certificate received & enclosed

प्राप्त नहीं/ Not received

लागू नहीं Not Applicable

यदि प्राप्त है, तो दर्शाएँ/ if Received, indicate:

क्र. सं. Sl No	योजना प्रमाण पत्र नियंत्रण सं. Scheme Certificate Control No	प्राधिकारी जिसने योजना प्रमाण पत्र जारी किया है Authority who issued the Scheme Certificate

16. यदि पेंशन क. पें. यो. 1995 के अन्तर्गत ली जा रही है  
If pension is being drawn under E.P.S, 1995

पी.पी.ओ.नं. PPO No	रो. का. / उ. रो. का. द्वारा जारी Issued by RO/SRO

17. संलग्न दस्तावेज (अनुदेशों के अनुसार दर्शाएँ)/ Documents enclosed (Indicate as per the Instructions)

1. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

प्रमाणित किया जाता है/ Certified that:

- (i) मैं कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अधीन पेंशन नहीं ले रहा हूँ।  
I am not drawing Pension under Employee's Pension Scheme, 1995.
- (ii) इस आवेदन पत्र में दिए विवरण सत्य एवं सही हैं।  
The particulars given in this application are true and correct

दिनांक /Date

स्थान/Place

आवेदक के हस्ताक्षर/ बाएं हाथ की अँगूठा निशानी  
Signature / Left Hand Thumb Impression of the applicant

नियोक्ता के हस्ताक्षर/Signature of Employer (स्थापना के  
नियोक्ता/प्राधिकृत अधिकारी द्वारा भरना जाना है)

**(TO BE FILLED UP BY THE EMPLOYER/  
AUTHORISED OFFICER OF THE ESTABLISHMENT)**

प्रमाणित किया जाता है कि / Certified that :

1. सदस्य का विवरण सही है।  
The particulars of the member are correct.
2. सेवा छोड़ने की तिथि के पूर्व के 12 महीनों की अवधि का वेतन और पेंशन अंशदान का विवरण।  
The particulars of Wages and Pension Contribution for the period of 12 months preceding the date of leaving service are as under :  
यदि मजदूरी सभी 12 महीनों में अर्जित नहीं की गई है तो 12 महीनों का खण्ड अन्तिम बार लिए वेतन से प्रारम्भ होगा  
(in case, the wages are not earned for all 12 months, the block of 12 months will commence backwards from the last pay drawn)

वर्ष Year	मह Month	मजदूरी / Wages		देय पेंशन अंशदान Pension contribution due	गैर अंशदायी सेवावधि का विवरण। यदि ऐसी कोई सेवावधि नहीं है तो 'शून्य' दर्शाये Details of period of non-contributory service. If there is no such period, indicate 'Nil'	
		दिनों की सं. No. of days	राशि Amount		वर्ष / Year	दिनों की सं. जिनके हेतु कोई मजदूरी अर्जित नहीं की गई / No. of days for which no wages were earned
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

अनुलग्नक : Enclosures

1. अनुदेशों में दिए दस्तावेज / Documents as given in the Instruction
2. विवरणात्मक रोल एवं नमूना हस्ताक्षर का प्रपत्र / Form of descriptive roll and specimen signature

दिनांक /Date  
स्थान/Place

स्थापना के नियोक्ता / प्राधिकृत अधिकारी  
के मोहर एवं दिनांक सहित हस्ताक्षर  
Signature of Employer/ Authorised Official  
of the Establishment with Seal and Date



पेंशन भोगी का विवरण और उसके नमूना हस्ताक्षर/अंगूठा निशान  
Descriptive roll of Pensioner and his/her Specimen Signature/Thumb impression

1. सदस्य का नाम / Name of the Member .....
2. क.म.नि. लेखा सं./E.P.F Account Number .....
3. पेंशन भोगी का नाम / Name of the Pensioner .....
4. पिता/पति का नाम / Father's/Husband's Name .....
5. लिंग / Sex .....
6. राष्ट्रियता / Nationality .....
7. धर्म / Religion .....
8. लम्बाई / Height .....
9. पहचान हेतु व्यक्तिगत चिन्ह  
Personal Marks of Identification 1.....  
2.....
10. पेंशन भोगी के नमूना हस्ताक्षर  
Specimen signature of pensioner 1.....  
2.....  
3.....
11. केवल निरक्षर दावेदार (पेंशन भोगी) होने की दशा में बायें हाथ की उंगलियों के निशान.  
[Only in the case of illiterate Claimant (Pensioner) Left Hand Finger Impression]

अंगूठा / THUMB

तर्जनी / INDEX

मध्यमा / MIDDLE

अनामिका / RING

कनिष्ठा / SMALL

स्थान / Place:  
दिनांक / Date :

हस्ताक्षर / Signature  
अधिप्रमाणन प्राधिकारी के नाम एवं मोहर  
Name of the Attesting Authority Official Seal

(केवल कार्यालय के प्रयोगार्थ)  
(FOR OFFICE USE ONLY)  
(पेंशन अनुभाग/लेखा अनुभाग)  
(PENSION SECTION/ACCOUNTS SECTION)

प्रमाणित किया जाता है कि आवेदन पत्र में दिये विवरणों का संबंधित दस्तावेजों के साथ सत्यापन कर लिया गया है। दावेदार पेंशन हेतु पात्र है। आवक आंकड़ा पत्र (इनपुट डाटा शीट) नीचे अनुसूचनार्थ प्रस्तुत है।  
Certified that the particulars in the application have been verified with the relevant concerned documents, the claimant is eligible for Pension. The Input Data Sheet is placed below for approval:

प्रपत्र-9/प्रपत्र-3 (पे. पो) मास्टर खाता पत्र/दावा आवक पूजी के प्रविष्टि कर ली गई है।  
Entered in Form 9/Form 3(PS). Master Ledger Card/ Claim Inward Register  
दावेदार द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों के साथ प्रपत्र-2 (आर) संलग्न है।  
Form 2( R) enclosed along with the documents furnished by the Claimant.

सा.सु.स./ S.S.A.	अनु. पर्य/ S.S.	स.ले. अधि./ A.O.	स.प.नि.आयु(पेंशन)/ A.P.F.C.(Pension)
दिनांक/ Date	दिनांक/ Date	दिनांक/ Date	दिनांक/ Date

(पेंशन से पूर्व लेखा प्रकोष्ठ के प्रयोगार्थ)  
(FOR USE IN PENSION PRE-AUDIT CELL)

इनपुट डाटा शीट को आवेदन तथा संलग्न दस्तावेजों के साथ सत्यापित कर लिया गया है और सही पाया गया है। पे. अदायगी आदेश को कम्प्यूटर द्वारा तैयार कर लिया जाए।  
The Input date sheet verified with reference to the application and the documents enclosed and found correct. P.P.O may be generated through Computer.

सा.सु.स./SSA	अनु. पर्य/S.S	ले.अधि./A.O.	स.प.नि.आयु (पेंशन)/ A.P.F.C.(Pension)
दिनांक/ Date	दिनांक/ Date	दिनांक/ Date	दिनांक/ Date

(पेंशन वितरण अनुभाग के प्रयोगार्थ)  
(FOR USE IN PENSION DISBURSEMENT SECTION)

पे. अ. अ. सं.  
P.P.O. NO.

बैंक को जारी करने की तिथि  
Date of issue to the Bank

बैंक  
Bank

दि. .... को दावेदार तथा लेखा अनुभाग को सूचना जारी कर दी गई है।  
Intimation sent to the Claimant and also to Account Branch on

सा.सु.स./ S.S.A.	अनु. पर्य/ S.S.	ले. अधि./ A.O.	स.प.नि.आयु (पेंशन)/ A.P.F.C.(Pension)
दिनांक/ Date	दिनांक/ Date	दिनांक/ Date	दिनांक/ Date

## CERTIFICATE

Certified that the services of the following persons as mentioned against each is continue end uninterrupted :-

S.No.	Name of Employee	Date of appointment	Date of retirement/Death /Resignation	Period of Service

Signature of Unit Officer

