

सामान्य भविष्य निर्वाह निधि से अग्रिम लेने के लिए प्रार्थना-पत्र

1. अभिदाता का नाम _____
2. खाता संख्या _____
3. पद नाम _____
4. वेतन _____
5. प्रार्थना-पत्र देने की तिथि को अभिदाता के खाते में जमा धनराशि का विवरण:-
 1. वर्ष _____ की लेखा पर्यीक्षा काउन्ट स्लिप के अनुसार जमा धनराशि _____
 2. माह _____ से _____ तक अभिदान द्वारा जमा धनराशि _____
 3. अग्रिम की वापसी रिकॉर्ड ऑफ एडवांस द्वारा जमा _____
 4. निष्कासित धनराशि का विवरण:-
क. अन्तिम निष्कासन _____
माह/वर्ष _____ से _____ माह/वर्ष तक
 - ख. अस्थाई अग्रिम:-
माह/वर्ष से _____ से _____ माह/वर्ष तक
5. पूर्ववर्ती अग्रिम यदि शेष हों तो शेष धनराशि और उक्त अग्रिम का प्रयोजन _____
6. शेष जमा धनराशि _____
7. अब मागे जा रहे अग्रिम की धनराशि _____
8. क. इसे अग्रिम का प्रयोजन _____
ख. जिल नियमानुसार अनुमत्य है उक्त सन्दर्भ _____
9. समेकित अग्रिम की धनराशि पद 6+ 7 तथा जितनी वार्षिक किस्तों में समेकित अग्रिम धनराशि को अदायगी की जानी है _____
10. अभिदाता की आर्थिक स्थिति का पूरा विवरण जिससे प्रार्थना का औचित्य सिद्ध हो सके _____

दिनांक _____

आवेदक के हस्तसहज

नाम _____

पद नाम _____

अनुभाग/विभाग _____

ग्रुप लिंकड इश्योरेंशन स्कीम का प्रारूप

(तीन प्रतियों में)

1- कार्मिक का नाम	:	_____	नवीन पासपोर्ट साईज फोटो
2- जन्मतिथि	:	_____	
3- पिता/पति का नाम	:	_____	
4- नियुक्ति की तिथि	:	_____	
5- वर्तमान पद का नाम	:	_____	
6- तैनाती स्थान तथा कार्यालय का पता	:	_____	
	:	_____	
7- आपातकालीन दूरभाष नम्बर	:	_____	
8- स्थायी पता	:	_____	
	:	_____	
	:	_____	
पत्राचार का पता	:	_____	
	:	_____	

9- नामितों का नाम एवं देय प्रतिशत

क्र० सं०	नामित सदस्य का नाम	जन्मतिथि	सम्बन्ध	अंश
1				
2				
3				
4				
5				

घोषणा:- मैं एल0आई0एस0 की ग्रुप लिंकड इश्योरेंशन स्कीम में अपने वेतन बैंड के अनुसार पॉलिसी लेना चाहता/चाहती हूँ एवं इस बात की अपनी सहर्ष सहमति देता/देती हूँ कि मेरे वेतन से जी0एल0आई0एस0 (ग्रुप लिंकड इश्योरेंशन स्कीम) के अन्तर्गत निर्धारित प्रीमियम की धनराशि प्रत्येक माह काटकर जमा कर दी जाय।

कार्मिक के हस्ताक्षर

स्थान.....

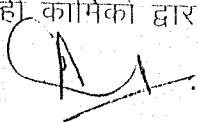
दिनांक.....

नियन्त्रक अधिकारी के हस्ताक्षर

नाम.....

मुहर.....

नोट:- 1. कृपया सभी सूचनाएं अपने प्रमाण-पत्रों में उल्लिखित सूचनाओं एवं उल्लिखित तिथि के अनुसार भरकर प्रेषित करें। यथा जानकारी दिये जाने पर कार्मिक स्वयं उत्तरदायी होगा।
2. उक्त प्रारूप केवल कर्मियों द्वारा भरा जायेगा जो निगम के Pay Roll में हैं।





Life Insurance Corporation of India

Dehra Dun Division

(Pension & Group Schemes Unit)

FORM - V

IIInd Floor, L.I.C. Building,
Connaught Place,
Dehra Dun-248 001

CLAIM FORM FOR

Claiming benefits payable under the Group Savings Linked Insurance Scheme
(To be completed by the Grantees)

1. Name of the Institution : _____
2. Master Policy No. : GS LI - _____
3. Name of the Insured Member : _____
4. Date of Birth : _____
5. Date of joining the Scheme : _____
6. Amount of monthly contribution recovered from the Insured Member : _____
7. It there has been a change in the monthly contribution during his membership, indicate date of change and the revised contribution. : _____
8. Due date of payment of first contribution (Indicate day month & year) : _____
9. Date of exit from the Scheme : _____
10. Due date for payment of the last contribution (indicate day, month & year) : _____
11. The date of which the last contribution was paid to the Corporation. : _____
- Vide Cheque No.
- Dated for
- Rs.
12. Mode of Exit (Death, Retirement, Resignation, Termination of Service etc.) : _____
13. Cause of Death (in case of exit by death) : _____
14. Name of the Beneficiary and relationship to the member (in case of death) : _____

15. Nature of proof of death (Please enclose original death Certificate) :

16. Whether any premium remains unpaid during membership, If so, give details :

We declare that the above particulars are true and correct and the above member was an Insured Member covered under the scheme on the date of his exit and that all premiums have been paid to the Corporation on his behalf.

We confirm that the beneficiary mentioned above is the person appointed by the Member to receive the benefit under the scheme.

Dated at.....this.....day of.....

Signature of the Master Policy holder

(Official Seal)

WITNESS :

Signature :

Name :

Address :

.....

.....

P&GS Unit, Divisional Office, Dehra Dun.

To be completed by the Master Policy Holder, i.e. by the Trustees of the Scheme in the case of Group Gratuity/Group Superannuation Schemes and by the Employer in case of other Group Insurance Schemes.
(Please Delete the Coloumn whichever is not applicable)

- | Period | | Nature of Leave | Reason as stated in Application form | Date of Resumption of Duty after leave |
|--------|----|-----------------|--------------------------------------|--|
| From | To | | | |
| | | | | |

Signature & Seal
of the Master Policy Holder/Employer



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

DEHRA DUN DIVISION

MASTER POLICY NO.....

WE.....

do hereby acknowledge receipt from the Life Insurance Corporation of India of the sum of

Rs.....

in full satisfaction and discharge of all my/our claim and demands under the above policy towards MATURITY CLAIM / DEATH CLAIM / WITHDRAWAL BENEFIT in respect of Assurance effected on the following life/lives.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.

Dated at.....this.....day of.....19.....

Signed by the above mentioned party/s

in presence of

Witness.....

Designation.....

Address.....

Re. 1/-
Revenue
Stamp

(Signature & Seal of
Employer/Trust Fund)

घोषणा-पत्र

(यह घोषणा-पत्र पूर्ववर्ती परिषद के निर्गत आदेश 885-इब्लू.सी./राविप/औस-19/94-11(4) एफ./86
दिनांक 27 अप्रैल, 1994 में निहित घोषणा पत्र)

मैं.....पदनाम.....नियुक्ति खण्ड/
गण्डल/अन्य कार्यालय.....यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि
श्री/श्रीमती.....जो मेरे माता पिता है एवं.....
वर्ष से मेरे साथ ही रह रहे हैं तथा मेरे ऊपर पूर्णतया आश्रित हैं। यह मेरे किसी अन्य भाई/बहन अथवा अन्य परिवार के
सदस्य पर आश्रित नहीं है।

मैं यह भी घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे माता पिता के निम्न पुत्र/पुत्रियां हैं तथा उनका विवरण निम्नवत है :-

नाम	आयु	व्यवसाय	इकाई जिसमें सेवारत हैं का पूरा नाम

मैं.....पदनाम.....यह भी घोषणा
करता हूँ कि माता/पिता के नाम न तो कोई मकान/जमीन है और न ही ऐसी कोई चल/अचल सम्पत्ति ही है जिससे कोई आय
होती हो और न ही उन्हें राज्य/केन्द्र सरकार अथवा अन्य किसी भी संस्थान से किसी भी प्रकार की पेंशन/पारिवारिक पेंशन
अथवा आर्थिक लाभ/आय प्राप्त होती है।

मैं.....पदनाम.....इकाई.....
से दिनांक.....की सेवानिवृत्त हुआ हूँ तथा उस तिथि से मेरे ऊपर निम्न सदस्य आश्रित हैं -

क्रमांक	नाम	आयु	व्यवसाय	टिप्पणी
---------	-----	-----	---------	---------

उक्त सूचनाएं मेरी व्यक्तिगत जानकारी व विश्वास के अनुसार पूर्णतः सही हैं इनमें किसी प्रकार की यदि कोई गलत
सूचनाएं पाई जाती है तो मेरे द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति की धनराशि की वापसी हेतु मैं पूर्णतः उत्तरदायी होऊंगा और मेरे
विरुद्ध विभाग अनुशासनात्मक कार्यवाही करने हेतु स्वतंत्र होंगा।

दिनांक.....हस्ताक्षर.....
स्थान.....नाम.....
.....पदनाम.....
.....नियुक्ति इकाई.....

श्री.....पदनाम.....द्वारा प्रेषित में
दिए गये तथ्यों/विवरण से मैं पूर्णतया सहमत हूँ।

अग्रसारण अधिकारी के हस्ताक्षर.....
नाम/पदनाम.....
कार्यालय मोहर.....
दिनांक.....

टिप्पणी :- यह घोषणा पत्र सेवक/सेवानिवृत्त कर्मिक द्वारा माता पिता के सम्बन्ध में करासी गयी चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु
प्रस्तुत किये जाने वाले दावे के साथ शपथ पत्र पर देना अनिवार्य होगा।

अनिवार्यता प्रमाण-पत्र (एसेन्शियलिटी सर्टिफिकेट) का प्रपत्र
(वाह्य रोगी की हैसियत से उपचार के मामले में भरा जाय)

- उपरोक्त रोगी जो (बीमारी का नाम)
से ग्रसित था, ने मुझसे रोग के निदान हेतु दिनांक को सम्पर्क किया।
- मैंने उनका गहन परीक्षण किया तथा (परीक्षण का नाम)
हेतु उन्हें (चिकित्सा संस्थान का नाम व पता)
से उक्त परीक्षण हेतु सन्दर्भित किया।
- प्रसूत परीक्षण के लिए चिकित्सालय में भर्ती होना अनिवार्य नहीं होता, किन्तु निम्नलिखित
औषधियों की रोग से छुटकारा पाने के लिये अत्यन्त आवश्यक होती है, जिनमें कि टॉनिक,
पौष्टिक आहार एवं प्रसाधन सामग्री सम्मिलित नहीं है।

[illegible]

- परिषद / निगम सेवक का हस्ताक्षर

अधिकृत चिकित्सक
का रबर स्टैम्प सहित हस्ताक्षर

ANNEXURE 'A'

FORM OF ESSENTIALITY CERTIFICATE

(To be completed in case of Patient to Hospital for Treatment)

1. Name of Patient
2. Name & Designation of Employee on whom dependent
.....
3. Relationship of Patient with Employee
4. Pay Scale of Employee
5. Office of Posting

I Dr. hereby certify that:-

(A) The above Patient was advised for Treatment of
.....(disease) at
.....
..... (Hospital)
..... (name of place) on (date) on my
advice/on the advice of Dr. and has been
discharged from the Hospital on

(B) The under-mentioned medicines prescribed by me during the period of hospitalization and thereafter (upto maximum of 15 days after release from the hospital) were essential for the treatment/recovery/prevention of the serious deterioration in the condition of the patient vouchers for which have been verified. These medicines/injections do not include preparations which are of food/nutritive value and of toiletry, disinfectant and prophylactic nature:-

Sl. No.	Bill No.	Date	Amount
1			
2			
3			
4			
5			

Cont2/-

6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

General ward of this Hospital as is ordinarily provided to the inpatients of the Employee's status, for which he had been charged Rs. per day from to (date). This does not include/includes diet charges of the Patient @ Rs. per day.

(C) X-ray/Laboratory tests, etc. on which an expenditure of Rs. was incurred, were necessary and were undertaken/advice. The name at the scheduled rules of the Government Capitals/ Laboratory.

(D) The service of special nurse were essential for the recovery/prevention of serious deteriorated in the condition of the patient for the period from to (date) on which an expenditure of Rs. was incurred.

(E) The operation and/or other Hospital charges totaling Rs. have been incurred on the Treatment of the Patient.

(F) The service of Dr. were essential for specialized consultation, on which an amount of Rs. has been incurred.

(Signature of Employee)

(Signature of Authorized)

चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति प्रकरण जाँच प्रपत्र

क्र० सं०	जाँच बिन्दु		प्रपत्र संलग्न हां/ नहीं	प्रपत्र सही पाये गये हां/ नहीं	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6
भाग-एक सम्बन्धित खण्ड/मण्डल/जोन/कॉरपोरेट द्वारा भरा जायेगा					
1	अधिकारी/कर्मचारी का	नाम पदनाम तैनाती स्थान			
2	रोगी का विवरण- डाक्टर/अस्पताल के ओपीडीआई भर्ती कार्ड के अनुसार	अस्पताल में भर्ती अवधि- दिनांक से तक वाह्य रोगी..... लम्बी बीमारी..... बीमारी का नाम..... दुर्घटना/विभागीय कार्य करते हुए/अन्यत्र..... आकस्मिकता पर			
3	अस्पताल जहाँ उपचार कराया गया है।	1-अस्पताल का नाम..... 2-राजकीय/अनुमोदित/गैर अनुमोदित.....			
4	रोगी जिस का उपचार कराया गया है	1- स्वयं/आश्रित..... 2-आश्रित की आयु..... 3-कार्मिक से सम्बन्ध..... 4- आश्रित घोषणा पत्र..... नोट:- माता-पिता के आश्रित होने की स्थिति में सम्बन्धित कार्मिक से संलग्न प्रपत्र-1 पर प्रमाण पत्र प्राप्त कर लिया जाये।			
5	डिस्चार्ज सर्टिफिकेट	संलग्न है/नहीं है।			
6	प्रदेश से बाहर उपचार कराने पर	1-अस्पताल का नाम व पता 2-राजकीय/ प्राईवेट-अनुमोदित/ गैर अनुमोदित 3-स्वेच्छा पर/सन्दर्भित करने पर..... 4-आकस्मिकता पर			
7	चिकित्सक द्वारा बीजकों का सत्यापन				
8	चिकित्सा बीजकों की जांच : बीजकों की संख्या एवं धनराशि..... 1. शत-प्रतिशत / 75 प्रतिशत / 70 प्रतिशत / रु 10,000 तक 2. भुगतान योग्य धनराशि.....				
9	चिकित्सा व्यय अग्रिम स्वीकृत हुआ है	1-हाँ/ नहीं 2-अग्रिम धनराशि रु.....			
10	नियंत्रक अधिकारी का जांच प्रमाण पत्र एवं संस्तुति कार्यालय सहायक/ कार्यालय अधीक्षक उपमुख्य कार्मिक अधिकारी/उपमहाप्रबन्धक (मा०सं०)				
भाग-दो (वित्त विभाग)					
11	महाप्रबन्धक (वित्त) की संस्तुति-	उपर्युक्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावों की संगत नियमों के अन्तर्गत जांच एवं निरीक्षण कर लिया गया है तदोपरान्त रु०..... की प्रतिपूर्ति करने हेतु संस्तुति सहित अग्रसारित किया जाता है। सहा०लेखाधिकारी/ व० लेखाधिकारी महाप्रबन्धक(वित्त)			
भाग-तीन मानव संसाधन एवं प्रशासनिक अनुभाग					
12	स्वीकृति हेतु निहित वित्तीय अधिकार	1-निदेशक (मा०सं०) 2-प्रबन्ध निदेशक			

कार्यालय सहायक

कार्यालय अधीक्षक

उपमुख्य कार्मिक अधिकारी/उपमहाप्रबन्धक (मा०सं०)

उपार्जित / नकदीकरण अवकाश के लिये आवेदन पत्र

टिप्पणी — (1) मद 1 से 10 तक प्रविष्टियाँ सभी आवेदकों द्वारा, चाहे वे राजपत्रित अधिकारी हो अथवा अराजपत्रित कर्मचारी ही भरी जायेगी।

(2) मद 10 केवल अवकाश के नकदीकरण के मामले पर लागू होगी।

आवेदक का नाम पुत्र

2. लागू अवकाश नियम

3. पद का नाम

4. विभाग / कार्यालय

5. वेतन (यथा परिभाषित, मूल नियम 9 (21) (एक)

6. अवकाश किस दिनांक से किस दिनांक तक से तक अपेक्षित है तथा उसकी प्रकृति

7. अवकाश मांगे जाने का कारण

8. पिछले बार अवकाश किस दिनांक से किस तक

9. अवकाश की अवधि में पता

10. (क) (i) क्या 30 दिन/15 दिन के औसत वेतन अवकाश/अर्जित अवकाश का नकदीकरण अपेक्षित है।

(ii) यदि हाँ, तो किस दिनांक को

(ख) क्या चालू कैलेन्डर वर्ष में इससे पूर्व अवकाश के नकदीकरण की सुविधा प्राप्त हुई है।

दिनांक :

आवेदक के हस्ताक्षर

11. अग्रसारण अधिकारी की अयुक्ति / संस्तुति

വിവര :

हस्ताक्षर एवं पद का नाम

12. फाइनेंशियल हैंड बुक खण्ड 2 भाग 2 से 4 के सहायक नियम 81 के अनुसार अधिकारी की रिपोर्ट

(क) प्रमाणित किया जाता है कि फाइनेन्शियल हैंड बुक खण्ड 2 भाग 2 से मूल नियम या किसी के अधीन, दिनांक तक आवेदित अर्जित अवकाश औसत वेतन पर अवकाश देय है।

(ख) प्रमाणित किया जाता है कि मद 10 पर अपेक्षित अवकाश के नकदीकरण की सुविधा अनुमत है।

दिनांक :

हस्ताक्षर एवं पद का नाम

अवकाश तथा अवकाश का नकदीकरण स्वीकृत करने के लिये संरक्षक अधिकारी के आदेश

दिनांक :

हस्ताक्षर एवं पद का नाम

संशोधित नवीन प्रारूप

परिषदाज्ञा सं० 367-जी/एसईबी-के-142ए/1980 दिनांक 24.02.81 सपठित कारपोरेशन के परिपत्र सं० 2160-नि०(मा०सं०)/उपाकालि/21अनु०ए/एफ-2, दिनांक 15.05.07 के अनुसार विदेश गमन हेतु अनुमति/पारपत्र बनवाने/नवीनीकरण के लिए अनापत्ति प्रमाण पत्र हेतु वांछित सूचनाएं

- 01- (अ) अधिकारी/अधिकारिक का नाम :
(ब) पद :
(स) पिता का नाम :
(द) स्थाई पता :
(य) यदि स्थायी हों तो पद तथा :
स्थायीकरण की तिथि :
(र) यदि अस्थायी हों तो परिषद/ :
कारपोरेशन में नियमित नियुक्ति की तिथि :
02- (अ) पूरा पता/विदेश में ठहरने का पूरा पता :
(ब) विदेश जाने का प्रयोजन :
(स) विदेश में ठहरने की अवधि :
(द) कुल कितने दिनों का अवकाश अपेक्षित है :
(य) विदेश गमन पर अनुमानित कुल परिव्यय :
(र) धन का श्रोत :
03- (अ) यदि पहले भी जा चुके हों तो उस :
यात्रा का उद्देश्य :
(ब) क्या पहले अनापत्ति प्रमाण पत्र :
की अनुमति अस्वीकृत हुई है :
04- निम्नलिखित के सम्बन्ध में लिखित प्रतिज्ञा दें:-
(अलग से संलग्न किये जायें)
(अ) आवेदन क्रम संख्या-2(द) पर स्वीकृत :
अवकाश नहीं बढ़ाएंगे :
(ब) यह यात्रा पूरी तरह से व्यक्तिगत होगी :
वह किसी भी राजनैतिक अथवा :
असामाजिक गतिविधियों में भाग :
/सम्मिलित नहीं होंगे।

संलग्नक :

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम :

अभिज्ञान सं० :

सम्प्रेक्षा सं० :

एम्पलाई कोड :

पूरा पता :

क्रमशः.....2/-

- 05- (अ) इनके विरुद्ध कोई सर्तकता राज्य/
परिषद/कारपोरेशन जॉच लम्बित नहीं है :
(ब) इनके ऊपर कोई परिषदीय/
कारपोरेशन का अवशेष लम्बित नहीं है :
(स) अधिकारी जिस विभाग में कार्यरत है,
उस विभाग के कार्य में किसी प्रकार
का कोई भी व्यवधान उपस्थित नहीं होगा :
(द) मेरे द्वारा पासपोर्ट अधिनियम-1967 की
धारा 6(2) का अध्ययन कर लिया गया है। :
यह प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक
के सन्दर्भ में उक्त धारा-6(2) के प्राविधान
आकर्षित नहीं होते।

नियन्त्रक अधिकारी के हस्ताक्षर :

पदनाम मुहर सहित

विदेश गमन की अनुमति/पारपत्र बनवाने/नवीनीकरण हेतु अनापत्ति प्रमाण पत्र हेतु प्रतिज्ञा पत्र

उपर्युक्त आदेश के संलग्न प्रपत्र के क्रमांक-4 के सन्दर्भ में मैं
निम्नलिखित के सम्बन्ध में लिखित प्रतिज्ञा करता/करती हूँ :-

- 1) कि मैं आपेक्षित अवकाश स्वीकृति के उपरान्त ही विदेश यात्रा पर प्रस्थान करूंगा/ करूंगी
तथा उक्त स्वीकृति अवकाशावधि की समाप्ति के पश्चात अवकाश नहीं बढ़ाया जाएगा।
- 2) कि मेरी प्रस्तावित विदेश यात्रा का उद्देश्य विशुद्ध रूप से व्यक्तिगत है एवं विदेश
यात्रा/विदेश प्रवास के दौरान मैं किसी भी राजनैतिक अथवा असामाजिक गतिविधियों में
भाग नहीं लूंगा/सम्मिलित नहीं होंगा।
- 3) कि मेरे विरुद्ध कोई विभागीय देय/विविध अग्रिम लम्बित नहीं है।
- 4) कि मेरे विरुद्ध कोई सर्तकता (राज्य/विभागीय) कार्यवाही लम्बित नहीं है।
- 5) कि मेरे विरुद्ध कोई अनुशासनात्मक/विभागीय कार्यवाही लम्बित नहीं है।
- 6) कि मेरा आवेदन पासपोर्ट अधिनियम की धारा-6(2) के प्राविधानों से आकर्षित नहीं है।

दिनांक :

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम :

अभिज्ञान सं० :

सम्प्रेक्षा सं० :

एम्पलाई कोड :

पूरा पता :

घोषणा पत्र - (अ)

मैं पुत्र/पुत्री श्री निवासी
 यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैं विवाहित/अविवाहित हूँ तथा
 मेरी एक ही जीवित पत्नी/पति है/नहीं है जिसका नाम है ।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम-

दिनांक :

घोषणा पत्र - (ब)

मैं पुत्र/पुत्री श्री निवासी
 यह घोषणा करता/करती हूँ :-

- 1- कि मेरा कोई भी सम्बंधी पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० में कार्यरत नहीं है ।
- 2- कि मेरा सम्बंधी श्री पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड
 लि० के अन्तर्गत कार्यालय में पद पर कार्यरत
 है ।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम-

दिनांक :

ऋण मुक्ति घोषणा पत्र - (स)

मैं पुत्र/पुत्री श्री निवासी
 यह घोषणा करता/करती हूँ

कि मेरे ऊपर किसी प्रकार का, किसी भी संस्था / कारपोरेशन / बैंक / निगम एवं व्यक्ति का ऋण
 नहीं है। मैं पूर्णतः ऋण मुक्त हूँ ।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम-

दिनांक :

चल/अचल सम्पत्ति सम्बन्धी घोषणा पत्र - (द)

(क) उनके लिए जिनके पास कोई अचल सम्पत्ति नहीं है।

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पास कोई अचल सम्पत्ति नहीं है। यदि मैं एतद्वारा कोई अचल सम्पत्ति धारण करता / करती हूँ तो अपनी तत्सम्बन्धित सम्पत्ति की सेवानियमों में निर्धारित अवधि में घोषणा करूँगा/करूँगी।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम-

दिनांक :

(ख) उनके लिए जिनके पास अचल सम्पत्ति है।

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैं निम्न प्रकार की अचल सम्पत्ति का स्वामी/की स्वामिनी हूँ :-

भूमि-सम्पदा

सम्पत्ति जहाँ है			क्षेत्र हेक्टेयर / एकड़ में	अर्जित या पैत्रिक, यदि अर्जित की गई है तो उसके अर्जन का दिनांक	वार्षिक राजस्व	अनुमानित मूल्य	टिप्पणी
जनपद	तहसील	ग्राम					
1	2	3	4	5	6	7	8

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम-

दिनांक :

भवन सम्पदा

गृह जहाँ स्थित है			भवनों की संख्या	अर्जित या पैत्रिक, यदि अर्जित की गई है तो उसके अर्जन का दिनांक	क्या स्वयं रहने के लिए प्रयोग कर रहे हैं या किराये पर दिया है ।	वार्षिक किराया	अनुमानित मूल्य	टिप्पणी
तहसील	ग्राम/नगर/उपनगर	जनपद						
1	2	3	4	5	6	7	8	9

यदि मैं भविष्य में कोई अन्य अचल सम्पत्ति अर्जित करता/करती हूँ तो इस तथ्य को उपर्युक्त प्रपत्र में सम्पत्ति अर्जित करने के दिनांक/ जानकारी पाने के दिनांक से एक माह के भीतर घोषित कर दूँगा/दूँगी ।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम—

दिनांक :

टिप्पणी:- अचल सम्पत्ति में ऐसा भवन व भूमि सम्पदा सम्मिलित है जो बंधक व पट्टे के रूप में अधिकारी/कर्मचारी या उसकी पत्नी/उसके पति या उसकी ओर से उसके कुटुम्ब का कोई सदस्य जो उसके साथ संयुक्त हो या साथ रहता हो या किसी प्रकार उस पर आश्रित हो, द्वारा धारित या प्रबन्धित हो तो इस घोषणा के प्रयोजनार्थ अधिकारी/कर्मचारी द्वारा ही धारित या प्रबन्धित की गई समझी जायेगी ।

(ग) उनके लिए जिनके पास कोई हिस्से (Shares) या जमा पूँजी (Investment) नहीं है

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैं किसी हिस्से (Shares) जमा पूँजी (Investment) का स्वामी/स्वामिनी नहीं हूँ। यदि एतदपश्चात मैं कोई हिस्से अर्जित करूँगा/करूँगी या जमा पूँजी लगाऊँगा/लगाऊँगी तो मैं इस तथ्य की घोषणा सम्बन्धित सेवानियमों में निर्धारित अवधि में घोषणा कर कारपोरेशन को सूचित कर दूँगा/दूँगी।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम—

दिनांक :

(ग) उनके लिए जो हिस्से (Share) के स्वामी/स्वामिनी हैं या जिनकी अन्य जमा पूँजी (Investment) हैं।

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैं निम्नलिखित हिस्से व जमा पूँजी रखता/रखती हूँ :-

हिस्से (SHARES)

क्रम सं०	विवरण	अर्जित करने का दिनांक	प्रत्येक हिस्से का मूल्य	धारित हिस्सों की संख्या	हिस्सों का कुल मूल्य	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम—

दिनांक :

(5)

जमा पूँजी (Investment)

क्रम संख्या	विवरण	पूँजी लगाने की तिथि	मूल्य	टिप्पणी
1	2	3	4	5

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम—

दिनांक :

(घ) केवल उनके लिए जिनके पास कोई चल सम्पत्ति नहीं है ।

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पास कोई चल सम्पत्ति नहीं है । यदि मैं एतदपश्चात कोई चल सम्पत्ति धारण करता /करती हूँ तो अपनी तत्सम्बन्धित अवधि की पंचवर्षीय घोषणा कर दूँगा/दूँगी ।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम—

दिनांक :

(6)

(छ) उनके लिए जिनके पास चल सम्पत्ति है ।

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैं निम्न प्रकार की चल सम्पत्ति का स्वामी/की स्वामिनी

हूँ :-

क्रम संख्या	सम्पत्ति का विवरण	मूल्य	कय धारण करने की तिथि	क्या कय/ धारण करने हेतु पूर्व अनुज्ञा प्राप्त की गई थी, यदि हाँ तो उस अनुज्ञा की संख्या तथा दिनांक	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6

चल सम्पत्ति का तात्पर्य ऐसी प्रत्येक चल सम्पत्ति से है जिसका मूल्य रु0 1000/- अथवा कर्मचारी के एक माह का वेतन, जो भी कम हो, से अधिक है ।

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम-

दिनांक :