

DS-WREU

एसबीएफ नमूना सं.7 SBF Form No. 7

कर्मचारी हितनिधि पश्चिम रेलवे WESTERN RAILWAY STAFF BENEFIT FUND

कृत्रिम अवयव हेतु आर्थिक मदद के लिए आवेदन पत्र (ग्रेड पे ` 1800/ व ज्यादा के लिए)

Application form _ financial assistance For Artificial Limb from SBF for GP Rs.1800/ and Above

(पूर्वकाल के वर्ग 'ध' कर्मचारी के लिए _ चाहे उच्च ग्रेड पे एमएसीपी में दिया गया हो)

(For Erstwhile Group 'D' Staff only_ even higher GP issued in MACPS)

भाग अ Section - A कर्मचारी का विवरण Employee details:

- कर्मचारी का नाम :
Name of the employee (in BLOCK LETTERS) _____
- पदनाम : पीएफ / प्रान सं.
Designation _____ PF/PRAN No _____
- विभाग : कार्य स्थल / स्टेशन
Department _____ Station of working _____
- किस के तहत कार्यरत पे बिल यूनिट सं.
Working under _____ Pay bill Unit No _____
- पे बिल बनानेवाली यूनिट Pay sheet preparing Unit _____
- मंडल / यूनिट का नाम Name of Division/Unit _____
- पे बैंड Pay Band _____ ग्रेड पे Grade Pay _____ मूल वेतन Basic Pay _____
- क्या आप एससी/एसटी/ओबीसी/सामान्य जाति के हो Whether belongs to SC/ST/OBC/GEN: _____

भाग ब Section - B विवरण जिसके लिए मदद मांगी है details for which assistance sought:

- कर्मचारी स्वयं का / आश्रित / बच्चे नाम जिसके लिए मदद मांगी है Name of self / ward/dependant for whom assistance is sought: _____
- कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the employee _____
- क्या मरीज पास नियम से शसित है ? If dependant is covered under pass rule? _____
- विच्छेद का प्रकार Type of amputation: _____
- इलाज का स्थान Place of treatment: _____
- क्या फिलहाल इलाज चल रहा है Whether still undergoing treatment: _____
- क्या क.हि.नि. से पूर्व मे मदद मिली है Whether any assistance sought from SBF earlier (यदि हाँ, कृपया विवरण दिजिए If yes, details pl) : _____
- अपंगता का प्रमाणपत्र की सत्यापित प्रति Attested copy of disability certificate attached (हाँ / नहीं Yes / NO)
- क्या अवयव शरीर के नीचे के हिस्से से है Whether the artificial limb is for lower part (हाँ / नहीं Yes / NO)
- कंपनी का मूल चालान संलग्न है Original invoice from company enclosed (हाँ / नहीं Yes / NO)
- कृत्रिम अवयव की लागत Cost of Artificial Limp: ` _____

(कृपया चालू माह की पे स्लीप व चिकित्सक का प्रमाणपत्र / दस्तावेज संलग्न करें **Kindly enclosed current pay slip & doctor's certificate / documents**)

घोषणा Declaration: _ मैं घोषणा कर रहा हूँ कि उपरोक्त भरा गया विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है, फिर भी यदि कोई त्रुटि पाई जाती है तो अनुशासन व अपील नियम तहत कार्यवाही के लिए पात्र रहूँगा व स्वीकृत राशि पुनः लौटाऊँगा । I hereby declare that all particulars filled in above by me are true and correct to the best of my knowledge and in the event of any irregularity or concealment of fact, I will render myself liable for DAR action and refund the financial assistance amount, if sanctioned & received.

संलग्न Encl: 1. मान्य सरकारी संस्था का प्रमाणपत्र की प्रति Attested Copies of certificates of Authorized Govt. Institution.

2. कंपनी का मूल चालान Original invoice from company.

स्थान Place:

कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of employees

भाग _क Section – C रेलवे चिकित्सक द्वारा संस्तुति करना Recommendation of Railway Doctor :

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त दशार्थे व्यक्ति के शरीर के नीचे के हिस्से का अवयव का विच्छेद किया गया है It is certified that the above person had amputated the Lower Limb as mentioned above.

रेलवे चिकित्सक के हस्ताक्षर व मोहर

Signature of Railway doctor & Seal

चिकित्सक का नाम Name of Doctor :

चिकित्सक का पदनाम Designation of Railway Doctor :

कार्य स्थल व मोहर Place of working & seal

दिनांक Date

निजी चिकित्सक द्वारा संस्तुति करना यदि हो तो Recommendation of NON Railway Doctor (If any)

निजी चिकित्सक के हस्ताक्षर व मोहर

Signature of private doctor & Seal

चिकित्सक का नाम Name of Doctor

चिकित्सक का पदनाम Designation of Railway Doctor :

कार्य स्थल व मोहर Place of working & seal

दिनांक Date

भाग _ड_ कार्यालय उपयोग के लिए Section – D_ for Official Use

1. अनुभाग प्रभारी से अग्रेषित करनेवाले के लिए for Unit In charge Forwarding official

प्रमाणित किया जाता है कि, कर्मचारी का विवरण मेरे द्वारा जांचा गया है एवं सही है ,

It is certified that all above particulars of the employee are verified by me & found correct.

अनुभाग प्रभारी के हस्ताक्षर Unit In charge _____ दिनांक Date

अनुभाग प्रभारी का नाम Unit In charge _____ पदनाम Designation _____

दिनांक Date

मोहर Seal

DS-WREU

DS-WREU

2. मुख्यालय अग्रेषित करनेवाले के लिए for Forwarding official to Headquarter:

प्रमाणित किया जाता है कि, उपरोक्त ईन्द्राज विवरण सही तरीके से जांची गई है एवं सही है ।

Certified that all above particulars/ entries have been checked thoroughly and found correct.

कर्मचारी राशि ` _____ का पात्र है । इस स्वीकृत होनेवाली राशि को कृत्रिम अवयव बनानेवाली कंपनी जिसका चालान आवेदन के साथ संलग्न किया है उसे बैंक से भुगतान की सिफारिश की जाती है ।

Employee is eligible for amount ` _____. It is recommended that, payment to be made through cheque to company whose quotation enclosed with application.

प्रकरण केन्द्रीय कर्मचारी हित निधि समिति के निर्णय के लिए अग्रेषित किया जाता है ।

Case forwarded to Central Staff Benefit Fund Committee for decision.

कर्मचारी हितनिधि निरीक्षक के हस्ताक्षर

कार्मिक /अग्रेषित करनेवाले अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of dealing SBF clerk/inspector

Signature of Personnel /forwarding Officer

नाम Name

नाम Name

पदनाम Designation

पदनाम Designation

मंडल /कारखाना Division/workshop

कार्यालय संपर्क सं. Office contact No.

कार्यालय मोहर Office seal

दिनांक Date :

क.हि.नी._सदस्य

क.हि.नी._सदस्य

क.हि.नी._सदस्य

क.हि.नी._सदस्य

क.हि.नी._सचिव

क.हि.नी._अध्यक्ष

SBF Member

SBF Member

SBF Member

SBF Member

SBF Secretary

Chairman_SBF

वेरेएयूWREU

वेरेएयूWREU

वेरेमसंWRMS

वेरेमसंWRMS

