

कर्मचारी हितनिधि पश्चिम रेलवे WESTERN RAILWAY STAFF BENEFIT FUND

दांत के चोकटे के हेतु आर्थिक मदद के लिए आवेदन पत्र (तमाम कर्मचारी के लिए)

Application form _ financial assistance For DENTURE from SBF (For All employees)

भाग अ Section - A कर्मचारी का विवरण Employee details:

01. कर्मचारी का नाम :
Name of the employee (in BLOCK LETTERS) _____
03. पदनाम : पीएफ / प्रान सं.
Designation _____ PF/PRAN No _____
04. विभाग : कार्य स्थल / स्टेशन .
Department _____ Station of working _____
05. किस के तहत कार्यरत पे बिल यूनिट सं.
Working under _____ Pay bill Unit No _____
06. पे बिल बनानेवाली यूनिट Pay sheet preparing Unit _____
07. मंडल / यूनिट का नाम Name of Division/Unit _____
08. पे बैंड Pay Band _____ ग्रेड पे Grade Pay _____ मूल वेतन Basic Pay _____
09. क्या आप एससी/एसटी/ओबीसी/सामान्य जाति के हो Whether belongs to SC/ST/OBC/GEN: _____
10. इलाज का स्थान Place of treatment: _____
11. आंशिक / आधा / पूरा चोकटा बिठाया है Partial/Half/full Denture provided: _____
12. चोकटे की लागत Cost of Denture : ` _____ (सत्यापित बिल प्रस्तुत करें Submit Attested bill)
13. मूल बिल क्रमांक Original Bill No.: _____ दिनांक Date: _____
14. 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) : _____
15. आवेदक का कायमी पत्ता Permanent address of Applicant : _____
16. संपर्क संख्या Contact No. रेलवे Rly.: _____ (मो. M) _____ (दूरभाष Land line) _____

स्टेशन Station: _____

दिनांक Date: _____

घोषणा Declaration: मैं घोषणा कर रहा हूँ कि उपरोक्त भरा गया विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है, फिर भी यदि कोई त्रुटी 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.

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान **Signature or thumb impression of the applicant**

संलग्न Encl: चालू माह की पे स्लीप व चिकित्सक का बिल **Current pay slip & doctor's bill**

भाग ब Section – B रेलवे चिकित्सक द्वारा संस्तुति करना Recommendation of Railway Doctor :

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त दशायें कर्मचारी द्वारा **आंशिक / आधा / पूरा चोकठा** बिठाया है गया है
It is certified that the above employee is using **Partial / Half/ full Denture.**

DS-WREU

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

भाग क कार्यालय उपयोग के लिए Section – C 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

2. स्वीकृत करनेवाले अधिकारी के लिए for Sanctioning official :

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

आंशिक / आधा / पूरा चोकठा प्रथमबार ले रहा है ।

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

First time Claim of Partial / Half/ full Denture.

कर्मचारी हितनिधि के नियमों के अनुसार दावा सही है / सही नहीं है Claim is correct / in correct as per SBF terms & condition.

कर्मचारी हितनिधि लिपिक Dealing clerk SBF

दावा Claim of ` _____ / _ का स्वीकृत / अस्वीकृत is approved / Rejected.

क.हि.नी. सदस्य

SBF Member

वेरेएयूWREU

क.हि.नी. सदस्य

SBF Member

वेरेएयूWREU

क.हि.नी. सदस्य

SBF Member

वेरेमसंWRMS

क.हि.नी. सदस्य

SBF Member

वेरेमसंWRMS

क.हि.नी. सचिव

SBF Secretary

क.हि.नी. अध्यक्ष

Chairman_SBF

वेतन आदेश संख्या Pay order No. _____ दिनांक dated _____ को जारी

किया issued to _____

