

DS-WREU

एसबीएफ नमूना सं.4 SBF Form No. 4

कर्मचारी हितनिधि पश्चिम रेलवे WESTERN RAILWAY STAFF BENEFIT FUND

भरणपोषण भत्ता के लिए आवेदन पत्र Application form For Maintenance Allowance

जो कर्मचारी के रेलवे औषाधालय / अस्पताल में बीमारी के दौरान इलाज कराने पर कर्मचारी हितनिधि से भरणपोषण भत्ता स्वीकृत करने के लिए आवेदन Application form for grant of Maintenance allowance from STAFF BENEFIT FUND during sickness of the employee, subject to he is taking treatment from the Railway Dispensary/Hospital.

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 हैं Whether belongs to SC/ST/OBC/GEN: _____
- कब से इलाज चल रहा है / from treatment is going on _____
- पिछले दावा का ब्यौरा Details of last/past claim _____
- संपर्क संख्या Contact No. रेलवे Rly.: _____ (मो. M) _____ (दूरभाष Land line) _____

भाग ब Section - B छुट्टी का विवरण LEAVE PARTICULARS:

प्रमाणित किया जाता है कि, उपरोक्त कर्मचारी बिना वेतन छुट्टी पर है This is certify that above employee is on Leave without pay कब से from _____ कब तक To _____

दिनांक Date :

छुट्टी लिपिक / विभाग द्वारा प्रमाणित Certified by Clerk, Leave Section

आवेदक का कायमी पत्ता Permanent address of Applicant : _____

संपर्क संख्या Contact No. रेलवे Rly.: _____ (मो. M) _____ (दूरभाष Land line) _____

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

स्टेशन Station: _____

दिनांक Date: _____

भाग क Section - C (केवल चिकित्सक द्वारा भरा जाए To be filled in by Railway Doctor only)

1. बीमारी का प्रकार Nature of illness _____
2. अस्पताल में भर्ती / रेलवे से रेफरल अस्पताल में भेजने की /रेलवे औषाधलय में इलाज शुरूहोने की तारीख Admitted to Rly. Hospital/recommended by Rly. to referral Hospital/dispensary treatment start Dated _____
3. अस्पताल से छुट्टी /रेफरल अस्पताल से छुट्टी /रेलवे औषाधलय में इलाज पूर्ण होने की तारीख Discharged from Railway Hospital/referral Hospital dated _____ या इलाज चालू है or treatment continue.
4. रेलवे औषाधलय /अस्पताल में हाजरी दी Attended at the Rly. Hospital /Dispensary कब से from _____ कब तक to _____
5. रेलवे औषाधलय /अस्पताल के चिकित्सक ने स्वस्थता प्रमाणपत्र जारी किया Declared fit to report for duty by the Doctor, Hospital/Dispensary on दिनांक dated _____

नोट NOTE: प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त विवरण स्वस्थता प्रमाणपत्र के अनुसार सही है। Certified that the above facts are true and are according to sick & fit Certificate.

यदि मरीज की बीमारी का प्रकार ऐसा हो कि उसे रेलवे अस्पताल के अलावा रेफरल अस्पताल में भेजना ज़रूरी है तो निम्न प्रमाणपत्र रेलवे चिकित्सक द्वारा दिया जाए In case where the disease is of such a nature where the patient has/had to be admitted in a Hospital, other than Railway, the following certificate is required to be filled in by the Medical Officer.

प्रमाणित किया जाता है कि मरीज को देय चिकित्सा सुविधा रेलवे औषाधलय /अस्पताल में उपलब्ध नहीं है Certified that the medical treatment as required by the patient is not available in a Railway Hospital or Dispensary.

(प्रमाणित किया जाता है कि मरीज बिना वेतन छुट्टी के दौरान रेलवे चिकित्सक के अधीन इलाज में है / था It is certified that patient is/was under Railway Doctor's treatment between LWP)

नोट NOTE: जो लागू न हो उसे काटें Strike off whichever is not applicable.

दिनांक Date :

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर Signature & Seal of Medical Officer

भाग ड Section - D अग्रेषित करनेवाले अधिकारी के हस्ताक्षर Signature & Seal of forwarding officer

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	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
वेरेयूWREU	वेरेयूWREU	वेरेमसWRMS	वेरेमसWRMS		

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

किया issued to _____

