

## कर्मचारी हितनिधि पश्चिम रेलवे WESTERN RAILWAY STAFF BENEFIT FUND

अपंग/मंदबुद्धि के आश्रित को विशेष तौर पर रलकर्मियों के लडकी को व्यावसायिक कुशलता बढ़ाने के लिए आर्थिक मददके लिए आवेदन पत्र वर्ष 20\_\_ 20\_\_.

**Application form For Financial Assistance to Physically / Mentally challenged wards especially Girl of Railway employee for Training for developing occupational skill Year 20\_\_ 20\_\_.**

### भाग क 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 ख Section - B आश्रित का विवरण Details of dependent:

- आश्रित का नाम जिसके लिए मदद मांगी है Name of dependent 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? \_\_\_\_\_
- रोग का प्रकार Name of disease \_\_\_\_\_
- मान्य संस्थान का नाम जहाँ से प्रमाणपत्र हासिल किया हो Name of authorized institution From which certificate is obtained \_\_\_\_\_
- आश्रित अपंग है या मंदबुद्धि का Dependant is physically handicapped or mentally challenged \_\_\_\_\_
- अपंगता के Handicapped % \_\_\_\_\_ मंदबुद्धि के बौद्धिक स्तर Mentally retarded IQ % \_\_\_\_\_
- क.हि.नि. से प्रथमबार आर्थिक मदद के लिए आवेदन किया है Whether applying for financial assistance for first time from SBF \_\_\_\_\_
- यदि ना, तो गत प्राप्त राशी का ब्यौरा If not, then details of amount received in past \_\_\_\_\_

संलग्न Encl: 1. मान्य सरकारी प्रमाणपत्र की प्रति Attested Copies of certificates of Authorized Govt. Institution. 2. व्यावसायिक कुशलता बढ़ानेवाली या स्कूल का प्रमाण पत्र Certificate of occupation developing institutes / school.

स्थान Place:

दिनांक Date:

कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of employees

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. 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 । यह दावा स्कूली बच्चे को एकबार भी नहीं दिया गया है एवं व्यवसायिक कुशलता बढ़ाने की विशेष स्कूल /संस्था में जा रहा है तो प्रमाणपत्र संलग्न करें । Certified that all above particulars/ entries have been checked thoroughly and found correct & It has been verified from this office record that above named employee has not obtained one time payment from SBF his/her son/daughter is not going special school and attached all necessary documents.

कर्मचारी राशि ` \_\_\_\_\_ का पात्र है ।

Employee is eligible for amount ` \_\_\_\_\_.

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

Signature of dealing SBF clerk/inspector

नाम Name

पदनाम Designation

मंडल /कारखाना Division/workshop

कार्यालय संपर्क सं. Office contact No.

दिनांक Date :

कार्मिक /अग्रेषित करनेवाले अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of Personnel /forwarding Officer

नाम Name

पदनाम Designation

कार्यालय मोहर Office seal

पश्चिम रेलवे के अपंग/मंदबुद्धि के आश्रित को व्यवसायिक कुशलता बढ़ाने के प्रशिक्षण देनेवाली संस्था द्वारा दिये जानेवाले विवरण का नमूना

**Particulars to be furnished by Institution where physically / mentally challenged ward of Western Railway employee is undergoing training :\_**

1. बच्चे /आश्रित का नाम Name of child/Dependent \_\_\_\_\_
2. पिता का नाम व उपनाम Father's Name & Surname : \_\_\_\_\_
3. व्यवसायिक कुशलता बढ़ानेवाले संस्था का नाम जहाँ अपंग /मंदबुद्धि के आश्रित प्रशिक्षण ले रहा है । Name of Occupational training Centre in which the Physically /Mentally challenged ward is undergoing training : \_\_\_\_\_
4. पाठ्यक्रम का नाम Name of course : \_\_\_\_\_
5. शैक्षणिक सत्र की अवधि Duration of course academic वर्ष year : 20 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
कब से From \_\_\_\_\_ कब तक To \_\_\_\_\_
6. पाठ्यक्रम के अंत में जारी होनेवाले प्रमाणपत्र का नाम Name of certificate awarded at the end : \_\_\_\_\_
7. क्या बच्चा /आश्रित नियमित स्कूल जा रहा है । Whether the child / dependent is attending school regularly regularly: हाँ / नहीं Yes / NO
8. क्या बच्चा /आश्रित कोई शिष्यवृत्ति ले रहे है Whether any stipend is being paid to the ward : \_\_\_\_\_  
यदि हाँ , तो कितना ? if yes, Then how much? ` \_\_\_\_\_

संस्था की मोहर Seal of Institute

संस्था के प्रमुख के हस्ताक्षर Signature of

Head of Institute

संस्था के प्रमुख का नाम Name of head of institute \_\_\_\_\_ पदनाम Designation :

स्थान Place:

दिनांक Date:

उप मुख्य चिकित्सा अधिकारी (त.व प्र.)\_चर्चगेट द्वारा प्रमाणित Certified by Dy. CMD (T&A) \_CCG :

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

# DS-WREU

अनुबंध "ब" Annexure "B"

रेल कर्मचारी द्वारा जारी अपंग/मंदबुद्धि के आश्रित का जिवित प्रमाणपत्र

Live certificate of Handicapped challenged/Mentally Retarded ward from Railway Employee

प्रमाणित किया जाता है कि, It is certified that श्री / shri \_\_\_\_\_

पुत्र / पुत्री Son/daughter \_\_\_\_\_ मेरा अपंग/मंदबुद्धि का आश्रित

है एवं वह विशेष / नियमित स्कूल नहीं जा रहा है एवं मेरे साथ रह रहा है एवं पूर्णतया मुझ पर आश्रित है is

handicapped/physically challenged /Mentally retarded ward of undersigned & not going in

any special school, regular school & residing with me & totally dependent on me. यह आज तक

जिवित है He/She is alive as on date.

कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of employees

दो साक्षी का विवरण एवं हस्ताक्षर :

1. साक्षी के हस्ताक्षर Signature of witness: \_\_\_\_\_

साक्षी का नाम Name of witness: \_\_\_\_\_

साक्षी का पदनाम Designation of witness: \_\_\_\_\_

पीएफ /प्रान सं. PF/PRAN No : \_\_\_\_\_

कार्य स्थल Work place: \_\_\_\_\_

कार्यालय Office : \_\_\_\_\_

2. साक्षी के हस्ताक्षर Signature of witness: \_\_\_\_\_

साक्षी का नाम Name of witness: \_\_\_\_\_

साक्षी का पदनाम Designation of witness: \_\_\_\_\_

पीएफ /प्रान सं. PF/PRAN No : \_\_\_\_\_

कार्य स्थल Work place: \_\_\_\_\_

कार्यालय Office : \_\_\_\_\_