



## WESTERN RAILWAY

Headquarter Office,  
Church gate,  
Mumbai-400 020.

No. E (SBF) 1075/109 VOI

Date: 11/09/2012  
01/10

DRM(E)BCT/BRC/RTM/ADI/RJT/BVP  
CWM-PL/PRTN/SBI/DHD/BVP/  
DY CAO(TA) AJMER-SR AFA- DKZ

# DS-WREU

Sub—Financial assistance to Railway & dependant for amputation  
Ref- Minutes of CSBF meetings for the moth of June & July 2012

The CSBF Committee has decided to grant lump sump financial grant/Assistance in case of amputation of leg & hand (except toes, thumbs & fingers) of railway employees & his/her dependant as per pass rule, subject to minimum of Rs 10,000/- & maximum of Rs 50,000/- as per conditions & rates mentioned below.

(a)	One foot below ankle / One Palm	- Rs. 10,000/-
	Two foot below ankle / Two Palm	- Rs. 20,000/-
(b)	Below Knee of one lower limb	- Rs. 15,000/-
	Below elbow of one upper limb	- Rs. 15,000/-
(c)	Above Knee of one lower limb	- Rs. 25,000/-
	Above elbow of one upper limb	- Rs. 25,000/-
(d)	Below Knee of two lower limb	- Rs. 30,000/-
	Below elbow of two lower limb	- Rs. 30,000/-
(e)	Above Knee of upper limb.	- Rs. 50,000/-
	Above elbow of upper limb.	- Rs. 50,000/-

The concerned Employees has to submit **valid medial certificate** (given by official medical Authority) along with application in prescribed form.

Above decision is applicable w.e.f 01/4/2012 i e to those persons who have been imputed after 01/4/2012. The cases of amputation accrued before 01/4/2012 will not be ~~concerned~~ *considered* under this scheme.

Encl—form

Recd  
13/09/12  
Sanjay,  
C/o 90-900-1A-01

पश्चिम रेलवे / WESTERN RLY.  
प्रमाण कार्यालय चर्चगेट  
Head Quarter's Office, Chrchgate

1 - OCT 2012

प्रेषण के लिए प्राप्त  
Received for Despatch (M)

*(S B Marshale) 12/9/12*  
Dy CPO(W) &  
Secy CSBF Committee

# DS-WREU

एसबीएफ नमूना सं.7 SBF Form No.-7

पश्चिम रेलवे कर्मचारी हितनिधि WESTERN RAILWAY STAFF BENEFIT FUND

## कृत्रिम अवयव हेतु आर्थिक मदद के लिए आवेदन पत्र

Application form - financial assistance For Artificial Limb from SBF

### भाग - क Section - A कर्मचारी का विवरण Employee details:

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

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

01. कर्मचारी स्वयं का /आश्रित / बच्चे नाम जिसके लिए मदद मांगी है Name of self /ward/dependant for whom assistance is sought:-----
02. कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the employee-----
03. क्या मरीज पास नियम से शसित है ? Whether dependent is covered under pass rule? -----
04. विच्छेद का प्रकार Type of amputation:-----
05. इलाज का स्थान Place of treatment:-----
06. क्या फिलहाल इलाज चल रहा है Whether still undergoing treatment:-----
07. 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) :-----
08. अपंगता का प्रमाणपत्र की सत्यापित प्रती Attested copy of disability certificate attached (हाँ / नहीं Yes / NO)
09. क्या कृत्रिम अवयव शरीर के नीचे के हिस्से से है Whether the artificial limb is for lower part (हाँ / नहीं Yes / NO)
10. कंपनी का मूल चालान संलग्न है Original invoice from company enclosed (हाँ / नहीं Yes / NO)
11. कृत्रिम अवयव की लागत Cost of Artificial Limb: ₹-----

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

# DS-WREU

**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.

संलग्न Encl: 1. प्राधिकृतसरकारी संस्था से प्राप्त प्रमाणपत्र की सत्यापित प्रतियाँ Attested Copies of certificates of Authorized Govt. Institution. 2. कंपनी का मूल चालान Original invoice from company.

स्थान Place:

दिनांक Date:

कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of employees

## भाग - ग Section - C रेलवे चिकित्सक की सिफारिश Recommendation of Railway Doctor :

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त दशायें 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 ( 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