

कर्मचारी हितनिधि पश्चिम रेलवे WESTERN RAILWAY STAFF BENEFIT FUND**कठिनाई में राहत, गंभीर बीमारी में मददके लिए आवेदन पत्र****Application form For Relief of Distress, Serious Sickness**

(केन्सर/कीडनी/एड्स /बायपास /गंभीर बीमारी के लिए For cancer/kidney/AIDS/Bypass surgery/other serious sickness)

भाग अ Section – A कर्मचारी का विवरण Employee details:

1. कर्मचारी का नाम : _
2. Name of the employee (in BLOCK LETTERS) _____
3. पदनाम : पीएफ /प्रान सं.
4. Designation _____ PF/PRAN No _____
5. विभाग : कार्य स्थल /स्टेशन
6. Department _____ Station of working _____
7. किस के तहत कार्यरत _____ पे बिल यूनिट सं.
8. Working under _____ Pay bill Unit No _____
9. पे बिल बनानेवाली यूनिट Pay sheet preparing Unit _____
10. मंडल /यूनिट का नाम Name of Division/Unit _____
11. पे बैंड Pay Band _____ ग्रेड पे Grade Pay _____ मूल वेतन Basic Pay _____
12. क्या आप एससी/एसटी/ओबीसी/सामान्य जाति के है Whether belongs to SC/ST/OBC/GEN: _____
13. संपर्क संख्या Contact No. रेलवे Rly.: _____ (मो. M) _____ (दूरभाष Land line) _____

भाग ब Section – B मरीज का विवरण Details of patient:

- 1) मरीज का नाम जिसके लिए मदद मांगी है Name of Patient for whom assistance is sought _____
- 2) कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the employee _____
- 3) क्या मरीज पास नियम से शसित है ? If dependant is covered under pass rule? _____
- 4) रोग का प्रकार Name of disease _____
- 5) ईलाज का स्थान Place of treatment _____
- 6) क्या फिलहाल ईलाज चल रहा है Whether still undergoing treatment _____
- 7) क्या क.हि.नी. से प्रथमबार आर्थिक मदद के लिए आवेदन किया है Whether applying for financial assistance for first time from SBF _____
- 8) यदि ना, तो पूर्व में प्राप्त राशि का ब्यौरा If not, then details of amount received in past _____

(कृपया चालू मास 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 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.

दिनांक Date

कर्मचारी के हस्ताक्षर **Signature of employees**

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

रोग का प्रकार Name of disease _____

रोग का संक्षिप्त में विवरण Brief details of disease: _____

रेलवे / निजी चिकित्सक के हस्ताक्षर व मोहर Signature of Railway /non 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 _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

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

प्रमाणित किया जाता है कि, उपरोक्त ईन्द्राज विवरण सही तरीके से जांचा गया है एवं सही है। यह दावा प्रथमबार ही किया जा रहा है। **Certified that all above particulars/ entries have been checked thoroughly and found correct & He / she has claimed amount first time**

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

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._सर्कि

SBF Secretary

क.हि.नी._अध्यक्ष

Chairman_SBF