

प्ररूप I

स्वास्थ्य परीक्षा के बिना पेंशन की प्रतिशतता के संराशीकरण के लिए आवेदन
[नियम 5(2), 6(1), 12, 13, 14(1) और (2), 15(1) और (2) तथा 16 (1) और (2) देखिए]

(सेवानिवृत्ति के पश्चात् किंतु सेवानिवृत्ति की तारीख से एक वर्ष के भीतर दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए)

भाग 1

सेवा में,

.....
.....

(यहां कार्यालय अध्यक्ष का पदनाम और पूरा पता उपदर्शित करें)

विषय :- स्वास्थ्य परीक्षा के बिना पेंशन का संराशीकरण

महोदय,

में केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम, 1981 के उपबंधों के अनुसार नीचे यथा उपदर्शित अपनी पेंशन की प्रतिशतता का संराशीकरण करना चाहता हूं। आवश्यक विशिष्टियां नीचे दी गई हैं :-

1. नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
2. पिता / पति का नाम
3. सेवानिवृत्ति के समय पदनाम
4. कार्यालय/ विभाग/ मंत्रालय का नाम, जहां नियोजित था
5. जन्म की तारीख (ईसवी सन् में)
6. सेवानिवृत्ति की तारीख
7. पेंशन का वर्ग जिस पर सेवानिवृत्त हुआ है
8. संराशीकृत किए जाने के लिए प्रस्तावित मासिक पेंशन की प्रतिशतता (40% के बराबर या उससे कम प्रतिशतता उपदर्शित करें)
9. पेंशन संदाय आदेश के ब्यौरे, यदि जारी किया गया है
 - (i) संख्या
 - (ii) तारीख
 - (iii) उस लेखा अधिकारी का नाम जिसने पेंशन प्राधिकृत की है
10. बैंक के खाते का ब्यौरा जिसमें प्रत्येक मास मासिक पेंशन जमा की जा रही है :
 - (i) बैंक और शाखा का नाम
 - (ii) खाता संख्या
 - (iii) बीएसआर कोड,

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

डाक का पता

भाग 2

पावती

श्री.....(नाम),.....से (पूर्व पदनाम), स्वास्थ्य परीक्षा के बिना ही पेंशन की प्रतिशतता के संराशीकरण के लिए प्ररूप 1 के भाग I में आवेदन प्राप्त किया ।

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

कार्यालय अध्यक्ष

नोट - इस पावती पर हस्ताक्षर कर मुहर लगाई तथा उस पर तारीख डाली जाएगी और प्ररूप से अलग करके आवेदक को सौंप दी जाएगी । यदि प्ररूप डाक से प्राप्त हुआ है तो वह उसी दिन अभिस्वीकार किया जाएगा और पावती पंजीकृत डाक से भेजी जाएगी ।

भाग 3

लेखा अधिकारी.....(यहां पता और पदनाम उपदर्शित करें) को इस टिप्पणी के साथ अग्रेषित कि :-

(i) आवेदक द्वारा भाग 1 में दी गई विशिष्टियां सत्यापित कर ली गई हैं और वे सही हैं,

(ii) आवेदक स्वास्थ्य परीक्षा के बिना ही अपनी पेंशन की प्रतिशतता के संराशीकरण करने का पात्र है ।

(iii) प्राधिकृत की गई पेंशन की रकम [यदि पेंशन की अंतिम रकम को प्राधिकृत नहीं किया गया है, तो केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन) नियम, 1972 के नियम 64 के अधीन अनुमोदित अनंतिम पेंशन की रकम उपदर्शित करें]

(iv) वर्तमान में लागू सारणी के अनुसार संराशीकृत पेंशन का अवधारित मानरु. होता है।

(v) संराशीकरण के पश्चात् अवशिष्ट पेंशन की रकम.....रु. होगी।

2. अनुरोध किया जाता है कि केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम, 1981 के नियम 15 के अनुसार पेंशन के संराशीकृत मूल्य की रकम का संदाय प्राधिकृत करने के लिए आगे कार्रवाई की जाए।

3. प्ररूप के भाग 1 की पावती भाग 2 में अभिस्वीकृत कर दी गई है जिसे अलग से आवेदन को तारीख..... को अग्रेषित कर दिया गया है ।

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

कार्यालय अध्यक्ष

प्ररूप 1क

स्वास्थ्य परीक्षा के बिना अधिवर्षिता पेंशन की प्रतिशतता के संराशीकरण के लिए आवेदन का प्ररूप यदि केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन) नियम, 1972 के प्ररूप 5 में इसके लिए आवेदन नहीं किया गया है [नियम 5(2), 12, 13(3), (3क), (3ख), 14(1) और 15(3) देखिए] (सेवानिवृत्ति के कम से कम तीन मास पूर्व दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए)

भाग I

सेवा में,

.....
.....

विषय : स्वास्थ्य परीक्षा के बिना पेंशन का संराशीकरण

महोदय,

में, केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम, 1981 के उपबंधों के अनुसार अपनी पेंशन की प्रतिशतता का संराशीकरण करना चाहता हूं। आवश्यक विशिष्टियां नीचे दी गई हैं -

1. नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
2. पिता/पति का नाम
3. सेवानिवृत्ति के समय पदनाम
4. कार्यालय/ विभाग / मंत्रालय का नाम जिसमें नियोजित है
5. जन्म की तारीख (ईस्वी सन् में)
6. सेवानिवृत्ति की तारीख
7. पेंशन का वर्ग जिस पर सेवानिवृत्त हुआ है
8. संराशीकृत किए जाने के लिए प्रस्तावित मासिक पेंशन की प्रतिशतता (40% के बराबर या उससे कम प्रतिशतता उपदर्शित करें)
9. बैंक खाते का ब्यौरा जिसमें प्रतिमास मासिक पेंशन जमा की जाएगी :
(i) बैंक और शाखा का नाम :
(ii) खाता संख्या :
(iii) बीएसआर कोड :

स्थान : हस्ताक्षर
तारीख : डाक का पता

भाग II
(पावती)

मैंने.....(नाम),.....(पदनाम), से स्वास्थ्य परीक्षा बिना ही पेंशन की प्रतिशतता के संराशीकरण के लिए प्ररूप 1क के भाग-I में आवेदन पत्र प्राप्त किया।

स्थान : हस्ताक्षर
तारीख : कार्यालय अध्यक्ष

टिप्पणी- यदि आवेदन अधिवर्षिता पर सेवानिवृत्ति की तारीख से तीन मास के पूर्व कार्यालय अध्यक्ष द्वारा प्राप्त कर लिया गया है तो यह पावती आवेदन से अलग करके आवेदक को सौंप दी जाएगी। यदि प्ररूप डाक से प्राप्त हुआ है तो वह उसी दिन अभिस्वीकृत किया जाएगा और पावती पंजीकृत डाक से भेजी जाएगी। यदि यह विनिर्दिष्ट तारीख के पश्चात् प्राप्त होता है तो वह तभी स्वीकार किया जाएगा जब वह उस तारीख को या उसके पूर्व डाक में डाला गया हो, और आवेदक को उस आशय का साक्ष्य प्रस्तुत करना होगा।

भाग III

लेखा अधिकारी..... (यहां पता और पदनाम उपदर्शित करें) को इन टिप्पणियों के साथ अग्रेषित कि :-

(i) भाग 1 में दी गई विशिष्टियां सत्यापित कर ली गई हैं और वे सही हैं ;

(ii) आवेदक स्वास्थ्य परीक्षा के बिना अपनी पेंशन की प्रतिशतता का संरांशीकरण करने के लिए पात्र है ।

(iii) प्राधिकृत पेंशन की रकम (यदि पेंशन की अंतिम रकम प्राधिकृत नहीं की गई है तो केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन) नियम, 1972 के नियम 64 के अधीन अनुमोदित अनंतिम पेंशन की रकम उपदर्शित करें)

(iv) वर्तमान में लागू सारणी के संदर्भ में संरांशीकृत पेंशन का अवधारित मान.....रु. होता है

(v) संरांशीकरण के पश्चात् अवशिष्ट पेंशन की रकमरुपये होगी ।

2. आवेदक के पेंशन संबंधी कागजपत्र जो सभी प्रकार से पूरे थे, इस मंत्रालय/विभाग/कार्यालय के पत्र संख्या.....तारीख.....के अधीन अग्रेषित कर दिए गए थे । यह अनुरोध किया जाता है कि पेंशन के संरांशीकरण मूल्य का संदाय पेंशन संदाय आदेश के माध्यम से प्राधिकृत किया जा सकता है जो आवेदक की सेवानिवृत्ति से कम से कम एक मास पूर्व जारी किया जा सकता है ।

3. इस प्ररूप के भाग-1 की प्राप्ति भाग-2 में अभिस्वीकृत कर दी गई है जिसे अलग से आवेदक को तारीख.....को अग्रेषित कर दिया गया है ।

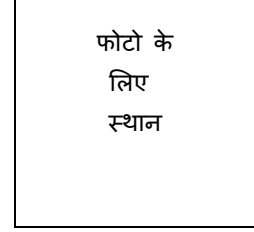
स्थान : हस्ताक्षर

तारीख : कार्यालय अध्यक्ष

प्ररूप 2

नियम 18 में निर्दिष्ट आवेदक द्वारा स्वास्थ्य परीक्षा के पश्चात् पेंशन की प्रतिशतता के संराशीकरण के लिए आवेदन का प्ररूप
[नियम 5(2), नियम 9(3), नियम 13(2), नियम 14(2), नियम 19, नियम 20(1),
(2) और (3) और नियम 21(1) तथा नियम 25(2) देखिए]
(दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए)

भाग-1



सेवा में,

.....
.....
.....

(यहां कार्यालय अध्यक्ष का पदनाम और पूरा पता उपदर्शित करें)

विषय :- स्वास्थ्य परीक्षा के पश्चात् पेंशन का संराशीकरण

महोदय,

मैं, केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम, 1981 के उपबंधों के अनुसार अपनी पेंशन की प्रतिशतता का संराशीकरण करना चाहता हूं। मैंने आवेदन पर अपनी एक स्वप्रमाणित फोटो चिपका दी है और उसकी एक गैर अनुप्रमाणित फोटो संलग्न है। आवश्यक विशिष्टियां नीचे दी गई हैं -

1. नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
2. पिता/पति का नाम
3. सेवानिवृत्ति के समय पदनाम
4. कार्यालय/ विभाग / मंत्रालय का नाम जिसमें नियोजित था
5. जन्म की तारीख (ईस्वी सन् में)
6. सेवानिवृत्ति की तारीख
7. पेंशन का वर्ग जिस पर सेवानिवृत्त हुआ
8. संराशीकृत किए जाने के लिए प्रस्तावित मासिक पेंशन की प्रतिशतता
(40% के बराबर या उससे कम प्रतिशतता उपदर्शित करें)
9. पेंशन संदाय आदेश के ब्यौरे, यदि जारी किया गया है
(i) संख्या
(ii) तारीख
(iii) उस लेखा अधिकारी का पदनाम जिसने पेंशन प्राधिकृत की है
10. बैंक के खाते का ब्यौरा, जिसमें प्रतिमास मासिक पेंशन जमा की जा रही है :
(i) बैंक और शाखा का नाम :
(ii) खाता संख्या :
(iii) बीएसआर कोड :
11. वह अनुमानित तारीख जिससे संराशीकरण की वांछा की गई है।
12. पहले से ही संराशीकरण पेंशन की रकम, यदि कोई है।
13. उस स्थान की वरीयता जहां स्वास्थ्य परीक्षा कराने के इच्छुक हैं

स्थान : हस्ताक्षर

तारीख : डाक का पता

टिप्पण : पेंशन के संराशीकरण मूल्य का संदाय उस संवितरक प्राधिकारी के माध्यम से किया जाएगा जिससे पेंशन ली जा रही है ।

भाग - II

पावती

मैंने, श्री/कुमारी/श्रीमती.....(नाम)(पूर्व पदनाम) स्वास्थ्य परीक्षा के पश्चात् पेंशन की प्रतिशतता के संराशीकरण के लिए प्ररूप 2 के भाग 1 में आवेदन प्राप्त किया।

स्थान : हस्ताक्षर

तारीख : कार्यालय अध्यक्ष

भाग - III

लेखा अधिकारी.....(यहां पता और पदनाम उपदर्शित करें) इस टिप्पणी के साथ अद्योषित कि आवेदन के भाग 1 में दी गई विशिष्टियां सत्यापित कर ली गई हैं और सही हैं और आवेदक स्वास्थ्य परीक्षा के पश्चात् अपनी पेंशन की प्रतिशतता का संराशीकरण कराने का पात्र है ।

2. यह अनुरोध है कि प्ररूप के भाग 4 को पूरा करके यथासंभव शीघ्र इस कार्यालय को लौटा दिया जाए ।

स्थान : हस्ताक्षर

तारीख : कार्यालय अध्यक्ष

भाग - IV

(लेखा अधिकारी द्वारा पूरा किया जाए)

1. आवेदक का नाम
2. जन्म की तारीख (ईस्वी सन् में)
3. सेवानिवृत्ति की तारीख
4. पेंशन की रकम, जिसके अंतर्गत अनंतिम पेंशन सम्मिलित की गई है, यदि अंतिम पेंशन प्राधिकृत नहीं है
5. पेंशन का वर्ग [केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन) नियम, 1972 का अध्याय 5 देखें]
6. उपर्युक्त मद 4 में से पेंशन की रकम, जिसे संराशीकृत कराने की इच्छा है

निम्नलिखित के आधार पर		
सामान्य आयु	जोड़ा गया एक वर्ष	जोड़े गए दो वर्ष
.....रु.रु.रु.

7. (i) यदि संराशीकरण आवेदक के जन्म की अगली तारीख, जो.....है, के पूर्व अंतिम हो जाता है तो संदेय रकम जो..... को.....रु. हैं ।

(ii) यदि संराशीकरण आवेदक के जन्म की अगली तारीख, के पश्चात् अंतिम हो जाता है, रकम.....रु.

8. लेखा शीर्ष जिससे संराशीकृत मूल्य विकलनीय है

9. संलग्नकों की संख्या, यदि कोई है
[नीचे टिप्पण देखें]

स्थान : लेखा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम

तारीख : प्रतिहस्ताक्षरित

कार्यालय अध्यक्ष

पूरा पता.....

टिप्पणी - यदि आवेदक को अशक्त पेंशन मंजूर की गई है या उसने तत्पूर्व अपना पेंशन का भाग संराशीकृत किया है या वास्तविक आयु में जोड़े गए वर्षों के आधार पर संराशीकरण को स्वीकार करने से इंकार किया है या स्वास्थ्य के आधार पर संराशीकरण से इंकार किया गया है तो लेखा अधिकारी को प्ररूप के साथ आवेदक के मामले की रिपोर्ट या उसका विवरण संलग्न करना चाहिए ।

फार्म 3

मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा प्राधिकारी को पत्र का प्रारूप

[नियम (3) 20व (5) 28 तथा नियम (4) देखिए]

(कृपया उपाबंध देखिए)

सं----- .

भारत सरकार

मंत्रालय -----

विभाग -----

दिनांक -----

सेवा में,

विषय: -स्वास्थ्य परीक्षा पेंशन का संराशीकरण -

महोदय,

श्री ----- कुमारी / श्रीमती /ने जो (पदनाम) -----के पद से सरकारी सेवा से दिनांक एकमुशत ,को सेवानिवृत्त हो रहे हैं -----राशि के संदाय हेतु अपनी पेंशन के कुछ प्रतिशत के संराशीकरण के लिए आवेदन किया है। आवेदन के साथ निम्नलिखित दस्तावेज अग्रेषित किए जा रहे हैं-

(क) प्ररूप में आवेदन 2 जिसमें मूल रूप में निम्नलिखित के संलग्न है -

(i) आवेदक के फोटो की एक अप्रमाणित प्रति

(ii) लेखा अधिकारी द्वारा सम्यक रूप से पूर्णतः भरा गया फार्म का भाग 2IVमूल रूप में ,

(ख) फार्म की एक प्रति 4, उसके भाग III की एक अतिरिक्त प्रति के साथ

(ग) यदि आवेदक को अशक्त पेंशन मंजूर की गई है या उसने तत्पूर्व अपनी पेंशन का भाग संराशीकृत किया है या वास्तविक आयु में जोड़े गए वर्षों के आधार पर संराशीकरण को स्वीकार करने से इंकार किया है या स्वास्थ्य के आधार पर संराशीकरण से इंकार किया गया है तो आवेदक के मामले की रिपोर्ट या उसका विवरण ।

.2 केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम 1981, के नियम 22 के निबंधनों के अनुसार

श्री / श्रीमती / कुमारीकी स्वास्थ्य परीक्षा चिकित्सा बोर्ड / ऐसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा जो सिविल सर्जन या जिला चिकित्सा अधिकारी से निम्नतर प्र:स्थित का नहीं है, की जानी चाहिए । यह अनुरोध किया जाता है कि श्री/ कुमारी / श्रीमती की स्वास्थ्य परीक्षा यथासंभव शीघ्रता के साथ उनके जन्म की अगली तारीख जो.....है, से पूर्व कराने की व्यवस्था करें ।

.3 यह अनुरोध है कि ऊपर पैरा 2 में उपदर्शित चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा स्वास्थ्य परीक्षा के लिए व्यवस्था श्री/ कुमारी / श्रीमतीद्वारा प्ररूप 2 में उसके आवेदन में उल्लिखित निकटतम उपलब्ध स्टेशन पर कराएं। चिकित्सा प्राधिकारी का ध्यान केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम, 1981 के नियम 25 के उपबंधों की ओर आकर्षित कर दें ।

.4 यह अनुरोध है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी.....को, इस मंत्रालय / विभाग / कार्यालय को सूचना देते हुए सीधे सूचित कर दें कि उसे कहां और कब स्वास्थ्य परीक्षा के लिए समुचित प्राधिकारी के समक्ष उपस्थित होना चाहिए । इस पत्र की एक प्रति उसे भी भेजी जा रही है जिससे वह आपसे पत्र प्राप्त होने पर आपके अनुदेशों का पालन कर सके ।

.5 कृपया इस पत्र के प्राप्ति की अभिस्वीकृति दें।

भवदीय

(कार्यालय अध्यक्ष)

प्रति श्री ----- कुमारी / श्रीमती /को इस टिप्पणी के (यहाँ डाक का पूरा पता लिखें) साथअग्रेषित कि चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा संराशीकरण के संबंध में सिफारिश के अधीन रहते हुए, वह संराशीकृत की जाने पेंशन के रकम के बदले एक मुश्त राशि के संदाय के लिए, लेखा अधिकारी की रिपोर्ट के आधार पर निम्नलिखित रूप में पात्र होगा :-

निम्नलिखित के आधार पर		
सामान्य	जोड़े गए वर्ष	
आयु	वर्ष 1	2वर्ष
.रु -----	.रु -----	.रु -----

(i) यदि संराशीकरण आवेदक के जन्म की अगली तारीख जो -----

तो कुल संदेय रकम ,के पूर्व पूरा हो जाता है ,है -----

(ii) यदि संराशीकरण आवेदक के जन्म की अगली तारीख जो -----

,के पश्चात् पूरा होता है ,है -----तो कुल संदेय रकम

वर्तमानमूल्य की सारणी में जिसके आधार पर लेखा अधिकारी द्वारा ,संगणना की गई हैबिना , सूचना दिए किसी भी समय परिवर्तन किया जा सकता है और परिणामस्वरूप संदाय किए जाने से पूर्व सेसे आधार भी संसंशोधित किए जा सकते हैं। कुल संदेय रकम वह रकम होगी जो उस तारीख के पश्चात जिस तारीख को संराशीकरण पूर्ण हो

जाता है, आवेदक के जन्म की अगली तारीख को उसकी आयु के या यदि चिकित्सा प्राधिकारी निदेश देता है कि उस आयु में और वर्ष जोड़े जाएंगे, तो उसकी परिणामी कल्पित आयु के अनुसार समुचित होगा ।

श्री को ----- कुमारी / श्रीमती /स्वास्थ्य जांच के लिए चिकित्सा प्राधिकारी के समक्ष से बुलावा -----पत्र प्राप्त होने पर सीधे प्रस्तुत होना चाहिए। उन्हें अपने साथ संलग्न प्ररूप 4 को, उसके भाग । में अपेक्षित विशिष्टियां भर कर किंतु हस्ताक्षर या अंगूठा और अंगुलियों की छाप को छोड़कर, ले जाना चाहिए।

हस्ताक्षर

(कार्यालय अध्यक्ष)

दिनांक: -

प्रति लेखा अधिकारी को (यहाँ पदनाम एवं पता उपदर्शित करें) -----
को ----- दिनांक ----- .उनके पत्र संके संदर्भ में प्रेषित ।

हस्ताक्षर

(कार्यालयाध्यक्ष)

फार्म 4 -

(यहाँ चिकित्सा प्राधिकारी का विवरण दें) द्वारा स्वास्थ्य परीक्षा -----

भाग -I

द्वारा अपने स्वास्थ्य (यहाँ चिकित्सा प्राधिकारी का विवरण दें) ----- आवेदन को की जाँच से पूर्व निम्नलिखित विवरण अवश्य देना चाहिए तथा उस प्राधिकारी के समक्ष संलग्न घोषणा पत्र पर हस्ताक्षर अवश्य करना चाहिए।

1. आवेदक का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
2. जन्म की तारीख (ईस्वी सन् में)
3. जन्म का स्थान
4. माता - बहन के संबंध में विवरण ,भाई ,पिता -

पिता की आयु यदि जीवित हैं और स्वास्थ्य की स्थिति	मृत्यु के समय पिता की आयु और मृत्यु का कारण	जीवित भाईयों की संख्या , उनकी आयु एवं उनके स्वास्थ्य की स्थिति	मृत भाईयों की संख्या , मृत्यु के साथ उनकी आयु तथा मृत्यु का कारण	माता की आयु यदि जीवित हैं और स्वास्थ्य की स्थिति	मृत्यु के समय माता की आयु तथा मृत्यु का कारण	जीवित बहनों की संख्या , उनकी आयु एवं उनके स्वास्थ्य की स्थिति	मृत बहनों की संख्या , मृत्यु के समय उनकी आयु तथा मृत्यु का कारण

5. क्या पहले कभी आपके स्वास्थ्य की परीक्षा हो चुकी है
(क) जीवन बीमा के लिए या/ और
(ख) किसी भी सरकारी चिकित्सा अधिकारी अथवा राज्य चिकित्सा बोर्ड द्वारा यदि हाँ जाँच के परिणाम के साथ , उसका पूरा विवरण दें

6. क्या कभी आपके अशक्त पेंशन मंजूर की गई है या मंजूर करने के लिए विचार किया गया है? यदि हाँ तो उसके आधार का वर्णन करें
7. क्या पिछले पांच वर्षों के दौरान चिकित्सीय प्रमाणपत्र पर कभी

छुट्टी मंजूर की गई है? यदि ऐसा है तो छुट्टी की अवधि और रोग की प्रकृति का उल्लेख करें ।

8. क्या आपको कभी -

(क) चेचक, सविरामी या अन्य प्रकार का ज्वर, ग्रथियों के पूयीभवन में वृद्धि, रक्त थूकना, दमा, फेफड़ों का शोथ प्लूरिसी, हृदय रोग, मूर्च्छा-आक्रमण, वातरोग, एपेन्डीसाइटिस, मिरगी, उन्मत्ता या अन्य तंत्रिका रोग, कान से स्राव या कान का अन्य रोग, सिफलिस या गानोरिया हुआ था, या

(ख) कोई अन्य बीमारी या चोट जिसमें पूर्ण आराम अथवा चिकित्सकीय या सर्जिकल उपचार की आवश्यकता है; अथवा

(ग) कोई शल्य क्रिया हुई है, अथवा

(घ) सेवाकाल के दौरान कोई रोग हुआ है, चोट लगी है या क्षति हुई है, या

(ङ) मूत्र में एल्बूमिन या शर्करा पाया गया है

9. स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति -

(क) क्या आपको हानिया है?

(ख) क्या आपको वैरोकोसिल वैरीकोज वेन या ,बवासीर है?

(ग) क्या आपके प्रत्येक नेत्र की दृष्टि ठीक है? (चश्मे के साथ या उसके बिना)

(घ) क्या आपको दोनों कानों से ठीक सुनाई देता है?

(ङ) क्या आपके शरीर में जन्म से या बाद में कोई कमी, खराबी या विकृति है ?

(च) क्या पिछले तीन वर्षों के दौरान आपके वजन में अत्यधिक कमी या बढ़ोत्तरी हुई है?

(छ) क्या आप पिछले तीन महीने में उपचार हेतु किसी डॉक्टर के संपर्क में रहे हैं? यदि हां तो उस रोग की प्रकृति जिसके लिए चिकित्सा कराई गई थी ।

आवेदक द्वारा घोषणा

(चिकित्सा प्राधिकारी की उपस्थिति में हस्ताक्षर किया जाए)

मैं घोषणा करता हूँ कि उपर्युक्त उत्तर मेरे सर्वोत्तम विश्वास के अनुसार सत्य एवं सही हैं। मैं भली भाँति जानता हूँ कि जानबूझकर मिथ्या विवरण देने या सुसंगत तथ्य को छिपाने से मुझे संराशीकरण खोने की जोखिम उठानी पड़ेगी, मैंने केन्द्रीय सिविल सेवा (पेंशन) नियम, 1972 के नियम 8 के अधीन रोक़ी या प्रत्याहृत की गई पेंशन के लिए और उसे प्राइज़ करने के लिए आवेदन किया है।

आवेदक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का
निशान, यदि आवेदक अशिक्षित है

----- की उपस्थिति में हस्ताक्षर किया ।

(स्वास्थ्य परीक्षा करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा)

1. सही आयु
2. ऊँचाई
3. वजन
4. आवेदक के पहचान का चिह्न का विवरण दें
5. नाड़ी की गति-
 - (क) बैठने पर
 - (ख) खड़े होने पर
6. रक्त दाब-
 - (क) ऊपर का
 - (ख) नीचे का
7. क्या प्रमुख अंगों में किसी प्रकार की बीमारी का लक्षण है?
 - (क) हृदय
 - (ख) फेफड़ा
 - (ग) जिगर
 - (घ) तिल्ली
 - (ङ) गुर्दा
8. जाँच परीक्षण
 - (i) मूत्र
 - (ii) खून
 - (iii) छाती का एक्स-रे
 - (iv) ई सी जी
9. क्या आवेदक के हर्निया है?

(यदि ऐसा है तो किस्म और यह उल्लेख करें कि क्या वह कम हो सकता है)
10. कोई अतिरिक्त जानकारी

(स्वास्थ्य परीक्षा करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा)

मैंने/ हमने श्री/कुमारी/श्रीमती ----- की सावधानीपूर्वक स्वास्थ्य-परीक्षा की है और मेरी/ हमारी यह राय है:-

या

है और वह संराशीकरण हेतु उपयुक्त नहीं हो। उसका शारीरिक स्वास्थ्य अच्छा नहीं

या

यद्यपि वह----- से ग्रस्त है फिर भी वह संराशीकरण के लिए योग्य है किन्तु संराशीकरण के प्रयोजन के लिए उसकी आयु, अर्थात् जन्म की अगली तारीख की आयु, उसकी वास्तविक आयु से ----- (शब्दों में) अधिक वर्ष मानी जानी चाहिए ।

स्थान: -

स्वास्थ्य परीक्षा करने वाले चिकित्सा

तारीख: -

प्राधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम

प्ररूप क

(पेंशन बकाया और पेंशन संराशीकरण के लिए सामान्य नाम निर्देशन प्ररूप)

[पेंशन बकाया संदाय (नाम निर्देशन) नियम, 1983 का नियम 5 और केंद्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम, 1981 का नियम 7 देखें]

मैं.....नीचे वर्णित व्यक्ति/व्यक्तियों को नाम निर्दि-ट करता हूं और उस/उन पर मेरी मृत्यु की दशा में नीचे विनिर्दि-ट सीमा तक निम्नलिखित के लेखे रकम प्राप्त करने का अधिकार प्रदत्त करता हूं : --

(i) पेंशन का बकाया ;

(ii) केंद्रीय सिविल सेवा (पेंशन संराशीकरण) नियम, 1981 के अधीन संदेय पेंशन का संराशीकृत मूल्य

नाम निर्देशिती का नाम, जन्म तारीख (जन्म तारीख) और पता	कर्मचारी/पेंशनभोगी से नातेदारी	प्रत्येक को संदत्त किया जाने वाला भाग	यदि नाम निर्देशिती अवयस्क है तो उस व्यक्ति का नाम और जन्म तारीख, जो अवयस्क के निमित्त रकम प्राप्त कर सकेगा	स्तंभ (1) के अधीन नाम निर्देशिती की कर्मचारी/पेंशनभोगी से पूर्व मृत्यु की दशा में वैकल्पिक नाम निर्देशिती का नाम, जन्म तारीख और पता	कर्मचारी/पेंशनभोगी से नातेदारी	उस व्यक्ति का नाम, जन्म तारीख और पता, जो स्तंभ (5) में वैकल्पिक नाम निर्देशिती के अवयस्क होने की दशा में रकम प्राप्त कर सकेगा	वह आकस्मिकता, जिसके घटित होने पर नाम निर्देशन अविधिमान्य हो जाएगा
1	2	3	4	5	6	7	8

यह नाम निर्देशन पूर्व में मेरे द्वारा किए गए किन्हीं नाम निर्देशनों को अधिक्रान्त करेंगे ।

स्थान और तारीख :

सरकारी सेवक के हस्ताक्षर

टेलीफोन नं०

टिप्पण 1 - उन फायदों को पूरी तरह काट दें जिसके लिए नाम निर्देशन आशयित नहीं है । पूर्वोक्त फायदा (i) और (ii) के लिए विभिन्न व्यक्तियों को नाम निर्देशित किए जाने के लिए इस नाम निर्देशन प्ररूप की पृथक् प्रतियों का उपयोग किया जा सकेगा ।

टिप्पण 2 - सरकारी सेवक अंतिम प्रवि-टि के नीचे खाली स्थान पर तिरछी रेखाएं खींचेगा ताकि उसके हस्ताक्षर करने के पश्चात् किसी नाम को अंतःस्थापित करने से निवारित किया जा सके । नाम निर्देशिती/वैकल्पिक नाम निर्देशिती के भाग मिलकर संपूर्ण रकम को कवर करेंगे ।

प्रपत्र

[निर्णय (2), नियम 10 देखें]

सेवा में ,

विषय: 15 - वर्षों के पश्चात् पेंशन के संराशीकृत भाग का बहाल किया जाना- उच्चतम न्यायालय के निर्णय का कार्यान्वयन

महोदय,

कृपया मेरी पेंशन के संराशीकृत भाग को कार्मिकलोक शिकायत तथा पेंशन मंत्रालय एवं पेंशन ,
.पी - 86/2/34 .के कार्यालय ज्ञापन सं 1987 मार्च 05 और पेंशनभोगी कल्याण विभाग के दिनांक& पीकी .डब्ल्यू .
शर्तों के अनुसार बहाल किया जाए।

अपेक्षित ब्यौरे नीचे दिए गए हैं -:

1. नाम साफ अक्षरों में
2. सेवानिवृत्ति की तारीख
3. पी सी पी पी ओ संख्या /
4. मूल पेंशन की राशि
5. संराशीकृत पेंशन की राशि (यदि कोई हो)
6. लेखा अधिकारी का नाम अर्थात जिस

प्राधिकारी ने पी.सी/पी.पी.ओ. जारी किया

7. कोष/ डाकघर/पी.पी.एम/ अन्य पेंशन संवितरण एजेंसी का नाम

पेंशनभोगी के हस्ताक्षर

तारीख: -

पत्र व्यवहार का पता: -

ब्यौरे सत्यापित किए गए

हस्ताक्षर

पेंशन संवितरण अधिकारी की
रबर की मुहर

