

Form No. 4 (For IFS)

[See Para.11.1]

To

¹The

Sub:- Application for payment of accumulation under Union Territory Government Employees' Group Insurance Scheme, 1980.

Sir,

I have been a member of the Union Territory Government Employees' Group Insurance Scheme, 1980, since². I have retired from service after attaining the age of years/ I have ceased to be in employment with the Union Territory Government/Administration with effect from I was holding the post of before retirement/cessation of employment with the said Government. I request that the amount due to me under the Union Territory Government Employees' Group Insurance Scheme may be paid to me.

Yours faithfully

Place :

Name and designation of the employee

Date :

Address

MOB.

-
1. Designation and address of the Head of Office.
 2. Month and the year of becoming a member of the scheme may be indicated here.

फार्म क्रमांक GIS-4 (म.प्र.सेवा के शासकीय सेवक हेतु लागू)

(नियम 11 देखें)

प्रति,

विषय:— म0प्र0 शासकीय कर्मचारी समूह बीमा योजना, 1985 के अन्तर्गत संचित राशि के संदाय का आवेदन ।

महोदय,

मैं से मध्यप्रदेश शासकीय कर्मचारी समूह बीमा योजना, 1985 का/की सदस्य रहा/रही हूँ। मैं वर्षों की आयु पूरी कर लेने के पश्चात् सेवा निवृत्त हो गया/गयी हूँ। मैं दिनांक से म.प्र. शासन के नियोजन में नहीं रह गया/गयी हूँ। मैं, सेवा निवृत्ति/म.प्र. शासन के नियोजन में न रह जाने के पूर्व का पद धारण कर रहा था/थी। मैं निवेदन करता हूँ/करती हूँ कि म.प्र. शासकीय कर्मचारी समूह बीमा योजना के अन्तर्गत मुझे देय राशि का संदाय मुझे किये जाये।

भवदीय,

हस्ताक्षर

नाम

निवास का पता

.....

.....

फार्म क्रमांक GIS-6 (म.प्र.सेवा के शासकीय सेवक हेतु लागू)

(नियम 11 देखें)

प्रति,

विषय:— म0प्र0 शासकीय कर्मचारी समूह बीमा योजना, 1985 के अन्तर्गत संचित राशि के संदाय का आवेदन ।

महोदय,

आपके पत्र क्रमांक दिनांक के संदर्भ में, मैं एतद् द्वारा निवेदन करता /करती हूँ कि म.प्र. शासकीय कर्मचारी समूह बीमा योजना के अन्तर्गत स्व. श्री को देय सम्पूर्ण रकम/..... प्रतिशत रकम का संदाय मुझे किये जाये ।

भवदीय,

हस्ताक्षर

नाम

निवास का पता

.....

.....

कार्यालय का नाम.....

सेवा पुस्तिका के आधार पर अंतिम पदस्थिति कार्यालय द्वारा भरा जावे

(बीमा योजना का नाम)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमति इस कार्यालय में के पद पर कार्यरत थे/हैं तथा केन्द्र/ म.प्र. शासन द्वारा शासकीय सेवकों के लिये लागू कल्याणकारी बीमा योजनान्तर्गत(बीमा योजना का नाम) सदस्य हैं/थे,इनके मासिक वेतन से प्रतिमाह नियमित रूप से निम्नानुसार तालिका में दर्शित अवधि एवं दर से योजना का अंशदान काटा गया है। उपरोक्त अंशदान की दरें सेवापुस्तिका में चस्पा बीमा योजनाओं की सदस्यता ग्रहण करने के विकल्प के आधार पर सत्यापित की जाती है।

अंशदान की अवधि		काटे गये कुल माह	अंशदान की दर	अंशदान की कुल जमा धनराशि	सेवाकाल में लिये गये 15 दिवस असाधारण अवकाश की जानकारी	अन्य विवरण
से	तक					
1	2	3	4	5	6	

परिवार कल्याण निधि-74/ केन्द्रीय / म.प्र.समूह बीमा योजना -85 एवं म.प्र.शासकीय टीप कर्मचारी-बीमा-सह बचत-योजना-03 की जानकारी पृथक-पृथक दी जावे।

अभिप्रमाणितकर्ता अधिकारी
नाम एवं पद
(कार्यालय मुद्रा)

प्रति,

आहरण: एवं संवितरण अधिकारी,

कार्यालय(संबंधित कार्यालय का नाम)

मध्यप्रदेश

विषय:-शासकीय आवास गृह का अदेय प्रमाण-पत्र प्रदाय करने बाबत।

संदर्भ:-म.प्र.शासन,वित्त विभाग, मंत्रालय भोपाल का आदेश क्रमांक- एफ.11-15/2015/नियम/चार,
दिनांक 02 नवम्बर, 2015

—0—

महोदय,

कृपया संदर्भित शासन के ज्ञाप के परिपेक्ष्य में 'अदेय प्रमाण पत्र जारी करने का कष्ट करें।
मुझे/मेरे पति-पत्नि/माता-पिता को निम्न शासकीय आवास आवंटित था/थे, जिसका विवरण निम्नानुसार है :-

1. आवंटित का नाम :-
2. विभाग/कार्यालय का नाम :-
3. सेवाकाल में आवंटित शासकीय आवास का विवरण-

आवास क्रमांक	क्षेत्र	आधिपत्य दिनांक	आवास रिक्त दिनांक	अन्य विवरण

(पूर्व में यदि अन्य आवास आवंटित रहे हैं तो प्रत्येक का पृथक-पृथक आवंटन तथा सभी आवासों के रिक्तता प्रमाण-पत्र संलग्न करें)

4. कर्तव्य स्थल पर स्वयं या परिवार :-
- के सदस्यों के नाम निजी भवन का
विवरण एवं आवास में निवास का दिनांक
5. शासकीय आवास गृह रिक्त करने का कारण

(सेवानिवृत्ति/स्थानांतरण/त्यागपत्र/मृत्यु का दिनांक (आदेश प्रमाण-पत्र संलग्न करें)

6. आवास आवंटन अवधि में आवंटित का स्थानांतरण/प्रतिनियुक्ति यदि हुई है तो
निम्नानुसार जानकारी (आदेशों की प्रति सहित) दें :-

क्रमांक पदस्थापना का स्वरूप स्थान कार्यमुक्त होने का दिनांक

(अ)

(ब)

(स)

7. स्थानांतरण/प्रतिनियुक्ति पर पुनः भोपाल पदस्थ हुए हैं, तो
पदस्थिति आदेश तथा आवास के पुनःआवंटन नियमितिकरण
आदेश की प्रति संलग्न करें।
8. सेवानिवृत्ति/स्थानान्तरण/मृत्यु होने पर आवास धारण की
अनुमति प्राप्त की गई है तो आदेश की प्रति संलग्न करें।

—: घोषणा-पत्र :-

मैं शपथपूर्वक घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य हैं। मेरा तथा मेरे परिवार के सदस्य के नाम कर्तव्य स्थल पर निजी मकान है/ नहीं है, जिसका विवरण मेरे द्वारा कंडिका-5 में दिया गया है। उपरोक्त जानकारी असत्य पाये जाने पर सम्पूर्ण उत्तरदायित्व मेरा स्वयं का होगा।

नोट: आवंटित की मृत्यु होने की दशा में
वैद्य उत्तराधिकारी द्वारा प्रस्तुत किया जावे

शपथग्रहिता के हस्ताक्षर

आवेदक का नाम

पद

मो. नंबर

विभाग/कार्यालय

वर्तमान निवास का पता

(जो लागू ना हो उसे काट दें)

क्रमांक/...../ आवास अदेय पत्र/16/.....

दिनांक/...../...../.....

प्रति,

श्री/श्रीमति.....

पद

कार्यालय

.....म०प्र०

विषय:-आवंटित शासकीय आवास गृह का अदेय प्रमाण-पत्र-

पद

संदर्भ:-आपका आवेदन पत्र क्रमांक..... दिनांक.....

—0—

:- अदेय प्रमाण-पत्र :-

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमति

पदने आवंटित शासकीय/विभागीय आवास गृह क्रमांक

एवं क्षेत्रदिनांक को अधिपत्य में

लिया तथा जिसे उनके द्वारा दिनांक को रिक्त किया । उपरोक्त अवधि में आवास

गृह का किराया (Lincens Fee) निम्नानुसार वसूला गया है :-

(अ) दिनांक से दिनांक 31.08.1987 तक नियमानुसार (यदि लागू हो तो)

(ब) दिनांक से दिनांक तक रु. प्रतिमाह

(स) दिनांक से दिनांक तक रु. प्रतिमाह

उपरोक्त समस्त जानकारी उपलब्ध अभिलेखों तथा उनके द्वारा प्रस्तुत विवरण के आधार पर

मिलान कर ली गई है। श्रीके शासकीय आवास गृह

क्रमांक एवं क्षेत्रसे मकान भाड़ा की कोई

भी राशि वसूलना शेष नहीं है।

यह प्रमाण-पत्र पेंशन प्रकरण तैयार करने हेतु जारी किया जाता है।

अभिप्रमाणितकर्ता अधिकारी

नाम एवं पद

(कार्यालय मुद्रा)