

अंशदायी/सामान्य प्रावधायी निधि में जमा राशि के अन्तिम  
भुगतान प्राप्त करने के लिए प्रपत्र  
(नियम (21))

उप/सहायक निदेशक,  
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग,  
.....

विषय:- खाता संख्या ..... श्री/श्रीमती .....  
पद..... पुत्र/पुत्री श्री .....  
स्थायी निवास स्थान .....

महोदय,

अंशदाता की दिनांक ..... को सेवा निवृत्ति/सेवा मुक्ति/मृत्यु/होने को  
हैं/हो गयी हैं (आदेश की प्रति संलग्न हैं।)

1अन्तिम कटौती का विवरण	कोष/ उपकोष	भुगतान का दिनांक	माह	अंशदान की राशि	ऋण की कटौती	प्राप्त ऋण की राशि

2. प्रावधायी निधि खाता संख्या	अन्तिम कटौती का माह	दर	मनोनीत का नाम आयु सम्बन्ध

3.सेवा निवृत्ति/सेवा मुक्ति/मृत्यु से पूर्व जो कटौती नहीं की गई उसका विवरण	कटौती नहीं किये जाने के कारण दर एवं अवधि

4. सेवा निवृत्ति दिनांक से पूर्व 5 वर्षों में लिये गये अस्थायी ऋण या अंतिम आहरण का विवरण	ऋण का विवरण क.अस्थायी ऋण ख. अन्तिम भुगतान आहरण	राशि	वाउचर संख्या	दिनांक	कोष/उपकोष

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण सही हैं।

हस्ताक्षर प्रमाणित	भवदीय
स्थान:- दिनांक:- हस्ताक्षर प्रमाणित (किसी भी राजपत्रित अधिकारी द्वारा)	हस्ताक्षर अंशदाता/दावेदार पुरा नाम पता: कार्यालय/पत्र व्यवहार का

क्षतिपूरक बॉण्ड  
(Indemnity Bond)  
[नियम 21 (iv)]

मैं..... पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री .....  
स्थान ..... एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे  
निदेशक, राज्य बीमा एवं सामान्य प्रावधायी निधि विभाग द्वारा सामान्य प्रावधायी निधि विभाग से अधिक भुगतान की गई राशि  
जमा नहीं कराये जाने की स्थिति में विभाग द्वारा मुझे राज्य सरकार से देय पेंशन, ग्रेज्यूटी तथा अन्य भुगतान में से अधिक  
भुगतान की गई राशि मय ब्याज की कटौती करने की सहमति देता/देती हूँ।

अंशदाता/मनोनीत  
हस्ताक्षर प्रमाणित नाम  
पद  
विभाग

नोट – उपरोक्त प्रमाण-पत्र 10 रु का नॉन ज्यूडिशियल स्टाम्प पर अंकित कर प्रमाणित करवाकर प्रस्तुत करें।

ऋण प्रमाण पत्र  
यह प्रमाणित किया जाता है कि अंशदाता श्री ..... पुत्र श्री .....  
..... खाता संख्या ..... जो दिनांक ..... को  
सेवा निवृत्ति/मृत्यु हो चुकी है। इस कार्यालय द्वारा निम्नांकित स्थाई एवं अस्थायी ऋण राशि का भुगतान किया गया है।

क्र.	राशि	भुगतान प्राप्ति तिथि
------	------	----------------------

इसके अलावा अंशदाता को किसी भी प्रकार का ऋण स्वीकृत नहीं किया गया।

आहरण वितरण अधिकारी

कार्यरत स्थान का पूर्ण विवरण दें।

कार्यालय का नाम	अवधि	जिला	वेतन मद
-----------------	------	------	---------