

प्रति,

सचिव,
मध्यप्रदेश शासन,
सामान्य प्रशासन विभाग,
मंत्रालय, भोपाल।

विषय:— पेंशन के साथ प्रतिमाह चिकित्सा भत्ता प्राप्त करने अथवा भारत सरकार, नई दिल्ली द्वारा संचालित सी.जी.एच.एस. की सुविधा प्राप्त करने का विकल्प।

उपरोक्त विषयान्तर्गत पेंशन के साथ भारत सरकार, नई दिल्ली द्वारा संचालित सी.जी.एच.एस. की सुविधा प्राप्त करने का विकल्प देता/देती हूँ।

भोपाल,

दिनांक

भवदीय

फार्म-1
[नियम 46 (1) देखिये]

मृत्यु तथा सेवा निवृत्ति उपदान के लिये नामनिर्देशन

जब शासकीय कर्मचारी का कोई परिवार हो और वह उसके एक सदस्य या एक से अधिक सदस्यों को नाम निर्दिष्ट करना चाहता हो :-

मैं, एतद्वारा नीचे उल्लिखित व्यक्ति/व्यक्तियों को जो, मेरे परिवार का/के सदस्य है/हैं, नाम निर्दिष्ट करता हूँ और उसे/उन्हें नीचे निर्दिष्ट सीमा तक, ऐसा कोई भी उपदान जो कि शासन द्वारा सेवा में रहते हुए या सेवा निवृत्ति के बाद मेरी मृत्यु हो जाने की स्थिति में मजूर किया जाए, प्राप्त करने का अधिकार प्रदान करता हूँ।

मूल नाम निर्दिष्ट व्यक्ति		वैकल्पिक नाम निर्दिष्ट व्यक्ति			
नाम निर्दिष्ट व्यक्ति/ नाम निर्दिष्ट व्यक्तियों के नाम और पते	शासकीय कर्मचारी से संबंध	आयु	प्रत्येक को देय उपदान के हिस्से की रकम*	उस व्यक्ति या उन व्यक्तियों में यदि कोई हो/हों, का/के नाम पता/पते संबंध तथा आयु जिसे/ जिन्हें नामनिर्दिष्ट व्यक्ति/ व्यक्तियों को प्रदत्त अधिकार, व्यक्ति/व्यक्तियों की मृत्यु शासकीय कर्मचारी की मृत्यु के पूर्व हो जाने की स्थिति में या नामनिर्दिष्ट व्यक्ति/व्यक्तियों की मृत्यु शासकीय कर्मचारी की मृत्यु के पश्चात् किन्तु उपदान का भुगतान प्राप्त करने के पूर्व हो जाने की स्थिति में अंतरित होगा।	प्रत्येक को देय उपदान के हिस्से की रकम**
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

*यह नामनिर्देशन मेरे द्वारा इससे पहले की तारीख..... को किये गये नामनिर्देशन को, जो कि रद्द हो जायेगा, अतिरिक्त करता है।

- टिप्पणी:- (1) शासकीय सेवक प्रविष्टि के नीचे के खाली स्थान के आरपार रेखा खींच देगा ताकि उसके हस्ताक्षर के बाद कोई नाम जोड़ा जा सके।
(2) *यदि लागू न हो, तो काट दीजिये।

आज तारीख माह 2016 को में
हस्ताक्षरित

हस्ताक्षर के साक्षी

1
2

शासकीय कर्मचारी के
हस्ताक्षर

*यह खाना इस प्रकार भरा जाना चाहिये कि उपदान की सम्पूर्ण रकम इसके अंतर्गत आ जाये

**इस खाने में दर्शाई गई उपदान की रकम/हिस्से में मूल नामनिर्दिष्ट व्यक्ति/नामनिर्दिष्ट व्यक्तियों को देय सम्पूर्ण रकम/हिस्सा आ जाना चाहिये

(कार्यालय प्रमुख द्वारा भावेगा)

श्री भा प्र से, द्वारा नामनिर्देशन

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर

पद का नाम.....

तारीख.....

कार्यालय.....

पदनाम.....

कार्यालय प्रमुख द्वारा नामनिर्देशन फार्म की प्राप्ति की अभिस्वीकृति का प्रोफार्मा

प्रति

श्री

.....
.....

मैं, उपदान के संबन्ध में फार्म में आपके नामनिर्देशन, तारीख पूर्वतर किये गये नामनिर्देशन के रद्दकरण, तारीख की प्राप्ति अभिरवीकार करता हूँ उसे पूर्णरूप से अभिलेख में रख दिया गया है

स्थान.....

तारीख.....

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर
(पदनाम)

टिप्पणी:- शासकीय कर्मचारी को सलाह दी जाती है कि यह उसके नामनिर्दिष्ट व्यक्तियों के हित में होगा यदि नाम निर्देशनों तथा राबट्ट सूचनाओं की प्रतियां और अभिस्वीकृतियां सुरक्षित अभिरक्षा में रखी जाये, ताकि वे उसकी मृत्यु हो जाने के स्थिति में लाभ ग्राहियों के कब्जे में जा सकें.

एक-लेखा-224.

फार्म 3
[नियम 47 (12) देखिये]
परिवार का ब्यौरा

शासकीय कर्मचारी का नाम

पदनाम

जन्म तारीख

नियुक्ति की तारीख

दिनांक 2016 की स्थिति के अनुसार मेरे परिवार के सदस्यों के ब्यौरे.

क्रमांक (1)	"परिवार" के सदस्यों के नाम (2)	जन्म तारीख (3)	शासकीय कर्मचारी से संबंध (4)	कार्यालय प्रमुख संक्षिप्त हस्ताक्षर (5)	अभ्युक्तियां (6)
1.					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

मैं, एतद्वारा, यह वचन देता हूँ कि मैं, उक्त ब्यौरे अद्यतन रखूंगा और किसी परिवर्धन या परिवर्तन की सूचना कार्यालय प्रमुख को दूंगा.

स्थान भोपाल

शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर

दिनांक / / 2016

इस प्रयोजन के लिये परिवार से तात्पर्य निम्नलिखित से है:-

- (क) पुरुष शासकीय कर्मचारी के मामले में पत्नी या पत्नियाँ,
- (ख) महिला शासकीय कर्मचारी के मामले में पति,
- (ग) इक्कीस वर्ष से कम आयु के पुत्र और चौबीस वर्ष से कम आयु की अविवाहित पुत्रियाँ, जिसमें ऐसा पुत्र या पुत्री भी शामिल होगी, जिन्हें सेवानिवृत्ति होने के पूर्व वैध रूप से गोद लिया गया हो.

टिप्पणी:-पत्नी तथा पति में कमशः न्यायिक रूप से संबध विच्छेद किए हुए पत्नी तथा पति शामिल होंगे

(कार्यालय प्रमुख द्वारा भरा जावेगा)

परिवार का ब्यौरा:-

..... द्वारा प्रस्तुत किया गया

.....
कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर

पदनाम.....

दिनांक.....

कार्यालय.....

पदनाम.....

फार्म 25

(नियम-66 के नीचे की टीप देखिये)

घोषणा

मैं (नाम)..... जो मध्यप्रदेश शासन के अधीन..... में
- (कार्यालय का नाम)
.....के पद पर कार्य करता था, एतद्वारा, घोषणा करता हू कि मध्यप्रदेश
(पद नाम)

शासन की सेवा में रहने के समय मेरे द्वारा अधिवासित शासकीय आवासगृह के संबंध में गृह-भाड़ा या जल कर की कोई
शासकीय देय रकम मेरी सर्वोत्त जानकारी और विश्वास के अनुसार मेरे ऊपर बकाया नहीं है।

.....
सेवा निवृत्त शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर

अभिप्रमाणित
कार्यालय/विभाग प्रमुख के हस्ताक्षर

(नियम-66 के नीचे की टीप देखिये)

वचन पत्र

चूंकि मैं (नाम)..... मध्यप्रदेश शासन के अधीन
..... पद पर कार्यरत था ।

और चूंकि मैं दिनांक..... को अधिवार्षिकी आयु प्राप्त कर लेने के कारण/या
..... शासन के आदेशों के अनुसार सेवा निवृत्त हो गया हूँ

और चूंकि शासन को देय सभी रकमों जिनमें मुझसे वसूली योग्य गृह-भाड़ा तथा जल-कर भी शामिल हैं के लेखाओं का परीक्षण तथा जांच करने में कुछ समय लगने की संभावना है

और चूंकि, शासन ने जांच पूरी होने की प्रत्याशी में मेरे द्वारा की गई सेवा के लिये मुझे देय पेंशन तथा उपदान की रकम देने की इच्छा व्यक्त की है, जिससे की शासन ऐसी कोई देय रकम निर्धारित कर सके, जो मुझसे वसूली योग्य पायी जाये

और चूंकि उक्त जांच के फलस्वरूप मुझसे वसूली योग्य पायी गई उक्त देय रकम का भुगतान करना मेरे लिये अनिवार्य हो गया है,

अतः अब मैं, एतद्वारा, यह वचन देता हूँ कि मैं उस रकम का भुगतान करूंगा, जो मुझसे वसूली योग्य पायी जाये और यदि माग करने की तारीख से तीन माह की अवधि के भीतर में उसका भुगतान न कर सकूँ तो उक्त रकम मुझसे भू-राजस्व की बकाया के रूप में वसूली की जा सकेगी, यह वचन पत्र केवल उन देय रकमों पर लागू होता है, जिनकी सूचना मेशी सेवानिवृत्ति के 12 माहों के भीतर मुझे दी जाये ।

हरताक्षर तथा पद नाम

तारीख..... / / 2016

गवाह -

1.....

2.....

मेरे समक्ष हरताक्षर किये गये

हरताक्षर तथा पदनाम

(नियम-66 के नीचे की टीप देखिये)

वचन पत्र

चूंकि मैं (नाम)..... मध्यप्रदेश शासन के अधीन
..... पद पर कार्यरत था ।

और चूंकि मैं दिनांक..... को अधिवार्षिकी आयु प्राप्त कर लेने के कारण / या
..... शासन के आदेशों के अनुसार सेवा निवृत्त हो गया हूँ

और चूंकि शासन को देय सभी रकमों जिनमें मुझसे वसूली योग्य गृह-भाड़ा तथा जल-कर भी शामिल है के लेखाओं का परीक्षण तथा जांच करने में कुछ समय लगने की संभावना है।

और चूंकि शासन ने जांच पूरी होने की प्रत्याशी में मेरे द्वारा की गई सेवा के लिये मुझे देय पेंशन तथा उपदान की रकम देने की इच्छा व्यक्त की है, जिससे की शासन ऐसी कोई देय रकम निर्धारित कर सके, जो मुझसे वसूली योग्य पायी जाये

और चूंकि उक्त जांच के फलस्वरूप मुझसे वसूली योग्य पायी गई उक्त देय रकम का भुगतान करना मेरे लिये अनिवार्य हो गया है।

अतः अब मैं, एतद्वारा, यह वचन देता हूँ कि मैं उस रकम का भुगतान करूंगा, जो मुझसे वसूली योग्य पायी जाये और यदि मांग करने की तारीख से तीन माह की अवधि के भीतर में उसका भुगतान न कर सकूँ तो उक्त रकम मुझसे भू-राजस्व की वकाया के रूप में वसूली की जा सकेगी, यह वचन पत्र केवल उन देय रकमों पर लागू होता है, जिनकी सूचना मेरी सेवानिवृत्ति के 12 माहों के भीतर मुझे दी जाये ।

हरताक्षर तथा पद नाम

तारीख..... / / 2016

गवाह:-

1.....

2.....

मेरे समक्ष हरताक्षर किये गये

हरताक्षर तथा पदनाम

5 श्री..... आय.ए.एस. के अभिप्रमाणित हस्ताक्षर—

1.....

2.....

3.....

अभिप्रमाणित

अभिप्रमाणित करने वाले अधिकारी
का नाम एवं सील

6 श्री..... आय.ए.एस. के व्यक्तिगत पहचान चिन्ह—

1 उचाई

2 पहचान चिन्हों का विवरण

अभिप्रमाणित

हस्ताक्षर

अभिप्रमाणित करने वाले अधिकारी
का नाम एवं सील

7 जिला कोषालय का नाम जहां से पेंशनर, अपनी अंतिम पेंशन प्राप्त करना चाहता है।

मैं..... अपनी अंतिम पेंशन एवं उपादान राशि जिला कोषालय..... से प्राप्त करना चाहता हूँ

पेंशनर के हस्ताक्षर

सील

8. पेंशनर का वर्तमान एवं सेवानिवृत्ति के उपरांत का स्थायी पता:-

1. वर्तमान
2. सेवानिवृत्ति के उपरांत का स्थायी पता :-

पेंशनर के हस्ताक्षर

सील

9. शासकीय धन या ऋण की वसूली पेंशन/उपादान से करने का सहमति पत्रक:-

मैं सहमति देता हूँ कि मेरे सेवानिवृत्ति के पश्चात् मेरे विरुद्ध किसी भी प्रकार का कोई शासकीय धन या ऋण एवं ऋण पर ब्याज बकाया पाया जाय तो उसकी वसूली मुझे देय अंतिम पेंशन/उपादान से कर लिया जाये, जिसके लिए मुझे कोई आपत्ति नहीं होगी.

पेंशनर के हस्ताक्षर

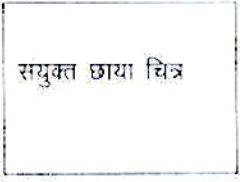
सील

10. किसी अन्य सेवा के लिए अभी तक कोई पेंशन या उपादान प्राप्त न होने संबंधी घोषणा पत्र-

मैं घोषित करता हूँ कि मैंने किसी अन्य सेवा के पेंशन तथा उपादान का कोई भुगतान प्राप्त नहीं किया है

पेंशनर के हस्ताक्षर

सील



मैं और मेरी पत्नी श्रीमती.....

का पासपोर्ट आकार का फोटो चस्पा किया गया एवं उसे राजपत्रित अधिकारी से अभिप्रमाणित भी कराया गया.

पेशानर के हस्ताक्षर

सील

- (1) नाम अधिकारी..... भा प्र से विभाग
- (2) अग्रिम का प्रकार-
 गृह निर्माण अग्रिम
 प्लॉट अग्रिम
 मोटर कार, अग्रिम
 स्कूटर अग्रिम
 जो लागू न हो काट दे
- (3) अग्रिम की राशि.....
- (4) आदेश क्रमांक..... दिनांक.....
- (5) अग्रिम की राशि आहरण का विवरण:-

प्रथम किश्त रु.

आहरण दि. एवं व्हाउसर्च कं

द्वितीय किश्त रु.

"

तृतीय किश्त रु.

"

अतिरिक्त मूल्य रु.

"

- (6) किश्तों की संख्या.....
- (7) किश्तों की मासिक राशि..... प्रतिमाह
- (8) प्रथम किश्तें काटने का दिनांक.....
- (9) अंतिम किश्त काटने का दिनांक.....
- (10) ब्याज की राशि रुपये.....
- (11) ब्याज की राशि कितनी किश्तों में काटी गई किश्तों की संख्या.....
 किश्त की मासिक दर रु.....
- (12) यदि कोई राशि शेष हो:-

मूलधन रुपये..... निरंक

ब्याज रुपये..... निरंक

हस्ताक्षर

नोट:-प्रत्येक अग्रिम की जानकारी अलग-अलग प्रपत्र में भेजी जावे.

FORM - D

FORM OF APPLICATION FOR COMMUTATION OF A R FRACTION OF SUPERANNUATION PENSION WITHOUT ME MEDICAL EXAMINATION WHEN APPLICANT DESIRES THAT THE PAYMENT OF THE COMMUTED VALUE OF PENSION SHOULD BE AUTHORISED THROUGH THE PENSION PAYMENT

(To be submitted in duplicate 3 months before the date of retirement)

PART I

To,

The Chief Secretary to the Government of.....
.....

Subject:-Commutation of pension without medical Examination.

Sir,

I desire to commute a fraction of my pension in with the provision of the AIS (Commutation of pension) Regulations 1959. The necessary particulars are furnished below:-

1. Name in Block letters.....
2. Father's Name (and also husband's name).....
In the case of female member of the service.)
3. Designation.....
4. Name of Office/Department/Ministry.....
In which posted
5. Date of birth (by Christiania).....
6. Date of retirement on Superanuation or on.....
the expiry of extention in service
7. Fraction of Superannuation Pension.....
Proposed to be commuted (Maximum amount
Of Pension that can be commuted in one 40%
8. Disbursing authority from which Pension is.....
to be drawn after retirement.
- (a) Treasury/Sub--Treasury (Name and.....
Complete address of the Treasury Sub-Treasury
to be indicated.

- (b) (i) Branch of the nationalised bank with.....
complete postal address
- (ii) Bank account No to which monthly.....
pension is to be credited each month.
- (c) Designation and address of the Account.....
Officer (Applicable in a case where the
pension is proposed to be drawn through
an Account Officer other than the A.C.
issuing the P.R.O.

Signature
Present Postal Address
.....
Postal Address after retirement
.....
.....

Place:
Date:

Note: The payment of commuted value of pension shall be made through the disbursing authority from which pension is to be drawn after retirement. It is not open to an applicant to draw the commuted value of Pension from a disbursing authority other than the disbursing authority from which pension is to be drawn.

PART II

Received from Shri/Smt./Kumari.....

(Name & designation)

Application in part of form D for commutation of fraction of pension without medical examination.

Place:

Date:

Signature
Head of Office

Note: This acknowledgement should be detached from the form and handed over to the applicant. If the form has been received by post, the acknowledgement should be sent to the applicant by registered post. If this form has been received by the State Government after the retirement of the officer, it should be returned to him to submit fresh application in form E.

Forwarded to the Accounts Officer,

(here indicate the address and designation).....

with the remarks that:-

- (i) the particulars furnished by the application in part I have been verified and are correct;
 - (ii) the applicant is eligible to get a fraction of his pension commuted without medical examination;
 - (iii) the commuted value of pension determined with reference to the Table applicable at present comes to Rs.....and
 - (iv) the amount of residuary pension after commutation will be Rs.....
2. The pension Papers of the application completed in all respect were forwarded under this Government's letter No.....dated.....I this requested that the payment of commuted Value of pension may be authorised through the Pension payment order which may be issued one month before the retirement of the applicant.
 3. The receipt of part I of this form has been acknowledged in part II which has been forwarded separately to the applicant.
 4. The commuted value of pension is dubitable to Head of Account.....

Place:

Date:

Signature
Head of Office

: बाएं हाथ की उंगलियों के निशान :

अंगूठा	तर्जनी	मध्यमा	अनामिका	कनिष्ठा

PROFORMA FOR ZERO OPTION OF DRAWAL OF PENSION IN RESPECT OF ALL INDIA SERVICE OFFICERS (AT THE TIME OF RETIREMENT).

1. I opt to draw my pension/family pension from (tick ✓) :-

- Government of India
- State Government

2. Name (in block letter) : _____

3. Designation & Cadre/batch : _____

4. Date of Retirement/Death : _____

5. Office Address with : _____
Tele phone No. _____

6. Residential Address : _____

7. Telephone No. (Res) : _____

8. Aadhaar Number : _____

9. E-Mail ID, if any : _____

10. PPO No. (in case of retired officer): _____

Place:
Dated:

Signature of Pensioner

SPECIMEN LETTER OF UNDERTAKING BY THE PENSIONER

Date_____.

To

The Branch Manager

_____ (Bank)

_____ (Branch & address)

Dear Sir,

Payment of pension under P.P.O. No. _____ through your office.

In consideration of your having, at my request, agreed to make payment of pension due to me every month by credit to my account with you. I the undersigned agree and undertake to refund or make good any amount to which I am not entitled or any amount which may be credited to my account in excess of the amount to which I am or would be entitled. I further hereby undertake and agree to bind myself and my heirs, successor, executors and administrators to indemnify the bank from and against any loss, suffered or incurred by the bank in so crediting my pension to my account under the scheme and to forthwith pay the same to the bank and also irrevocably authorise the bank to recover the amount due by debit to my said account or any other account/ deposits belonging to me in the possession of the bank.

Yours faithfully,

Signature:

Name:

Address:

Witnesses:

(1) Signature:

Name:

Address:

Date:

(2) * Signature:

Name:

Address:

Date:

FORM – 5

(See rule 7)

To
Head of Office,
CPAO, New Delhi.

I _____ (Name of the pensioner in Capital letter) hereby nominate the person names below under rule 7 of the Central Civil Services (Commutation of Pension) rules, 1981.

Name and address of nominee	Relationship with the pensioner	If nominee is minor		Name and address of other nominee in case the nominee under column	Relationship with the pensioner	Date of birth, if other nominee is minor	Name and address of person who may receive the commuted value of pension during the other nominee's minority	Contingency on happening of which nomination shall become invalid
		Date of birth	Name and address of person whom may receive the said commuted value during the nominee's minority					
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Place

Date

**Signature
and name of Pensioner :**

Address :

Witness : Signature :

Name and Address :

Signature of Head of Office

Stamp

सेवानिवृत्ति हो रहे भाप्रसे अधिकारियों की पेंशन प्रकरण हेतु जानकारी :-

1. अधिकारी का नाम
2. पेन नं.
3. आधार नं.
4. मो. नं.
5. ई-मेल आई डी

स्थान
दिनांक

अधिकारी के हस्ताक्षर
सील
