

राजस्थान पशु चिकित्सा एवं पशु विज्ञान विश्वविद्यालय, बीकानेर

राजस्थान पशु चिकित्सा एवं पशु विज्ञान विश्वविद्यालय, बीकानेर कर्मचारी कल्याण
योजना - 2012

सदस्यता प्रस्ताव एवं मनोनयन प्रपत्र

कर्मचारी कोड नं.

भविष्यनिधि खाता नं.

1. कर्मचारी का नाम एवं पद :-
2. पिता/पति का नाम :-
3. जन्म तिथि :-
4. वर्तमान पदस्थापन स्थान एवं विभाग का नाम :-
5. विश्वविद्यालय सेवा में नियमित पद पर नियुक्ति तिथि :-
6. स्थाई/अस्थाई
7. दंतनमान/वेतन/भत्ते/ :-
8. वर्तमान राजस्थान कृषि विश्वविद्यालय, बीकानेर कल्याण
कोष की सदस्यता संख्या एवं दिनांक (अगर वर्तमान में सदस्य हो तो) :-
9. वर्तमान कल्याण कोष में जमा राशि :-
10. सेवानिवृत्ति दिनांक :-
11. स्थाई पता :-
12. क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर, कान अथवा आंख की किसी अपंगता से ग्रस्त हैं, यदि हाँ तो
विवरण दें :-
13. राजस्थान पशु चिकित्सा एवं पशु विज्ञान विश्वविद्यालय कर्मचारी कल्याण योजना-2012 का
सदस्य बनने हेतु प्रार्थी हूँ एवं कल्याण योजना के नियमों से सहमत हूँ।
14. सदस्यता राशि रु. 7500/- जिसमें पूर्व सदस्यता राशि रु. 3000/- जमा को समायोजित
करने (केवल पूर्व में राजस्थान कृषि विश्वविद्यालय, के सदस्य हेतु) तथा मेरे भविष्य निधि खाता
संख्या से ऋण स्वरूप स्थानान्तरित करने के लिए विश्वविद्यालय को अधिकृत
करता/करती हूँ तथा उक्त राशि मेरे वेतन से पी.एफ. ऋण वसूली कर भविष्य निधि खाते में
पुनर्भरण किया जावे।

नोट :- सदस्य के भविष्य निधि खाते में स्वयं के अंशदान की राशि उपलब्ध नहीं होने पर वेतन में से 6
समान किश्तों में निक्षेप राशि मेरे मासिक वेतन से काटने के लिये अधिकृत करता हूँ।

दिनांक :-

हस्ताक्षर कर्मचारी

मनोनयन हेतु घोषणा पत्र

(मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति/पत्नी, पुत्र, पुत्री) के पक्ष में ही किया जाए। परिवार न होने की दशा में माता/पिता/भाई अथवा विवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जाए। उपरोक्त दोनों अवस्थाएं न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है। मनोनीत व्यक्ति के अव्यस्क होने की दशा में मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जावे।)

मैं श्री/श्रीमती/कुमारी.....

एतद् द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे मृत्यु अथवा दुर्घटना में मृत्यु होने की स्थिति में कर्मचारी कल्याण कोष की सुविधा राशि अथवा व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना की पॉलिसी के अंतर्गत बीमा कम्पनी द्वारा देय राशि का भुगतान श्री/श्रीमती/कुमारी.....
(आयु)..... वर्ष..... (संबंध)..... को किया जावे।

मेरे मनोनीत श्रीमती/श्री/कुमारी..... जन्म तिथि के संरक्षक श्री/श्रीमती/कुमारी..... (संबंध)..... होंगे। (मनोनीत के अव्यस्क होने की स्थिति में प्रयोग हेतु)

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद बीमा निधि के लिए पर्याप्त विमुक्ति होगी।

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में तथा विश्वास से सत्य है।

स्थान :-
दिनांक :-

हस्ताक्षर कर्मचारी

यह प्रमाणित किया जाता है कि कर्मचारी द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण सही है एवं कर्मचारी द्वारा किया गया मनोनयन प्रस्ताव पत्र में दी गई व्यवस्था के अनुरूप है।

स्थान
अधिकारी

हस्ताक्षर आरण एवं वितरण

दिनांक:-