



# RAJASTHAN STATE GANGANAGAR SUGAR MILLS LIMITED

Regd. Office: 4<sup>th</sup> Floor, Nehru Sahkar Bhawan, Bhawani Singh Road, Jaipur-302006

CIN:U15421RJ1945SGC000285

15-15

क्रमांक : 28/04-120

दिनांक : 5/11/15

## परिपत्र

प्रायः यह देखा जा रहा है कि संस्थान में कार्यरत कर्मचारियों की मृत्यु होने पर उनके परिजनों को मिलने वाले परिलाभों की जानकारी नहीं होने के कारण मिलने वाले परिलाभों में अनावश्यक रूप से विलम्ब होता है।

अतः मृत्यु उपरान्त कर्मिकों के आश्रितों को संस्थान के माध्यम से मिलने वाले परिलाभों के सम्बन्ध में निम्नलिखित मार्गदर्शन जारी किये जाते हैं :-

1. संस्थान में सेवारत रहते हुये कर्मिक की मृत्यु हो जाती है तो उसके एक आश्रित को राज्य सरकार के नियमानुसार अनुकम्पात्मक नियुक्ति दिये जाने का प्रावधान है। यह आवेदन निश्चित रूप से मृत्यु के 90 दिवस के भीतर उस कार्यालय में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है जहाँ कर्मिक कार्यरत था। (आवेदन पत्र का प्रारूप संलग्न है) - अनुसूची-ए
2. सेवारत कर्मिक की मृत्यु होने की स्थिति में नियंत्रण अधिकारी द्वारा उनके आश्रित से भविष्य निधि की राशि हेतु निर्धारित प्रपत्र (फॉर्म नं. 20) भरवाकर अधिकृत सक्षम प्राधिकारी को प्रस्तुत करना होगा। तत्पश्चात नियोक्ता द्वारा प्रपत्र को प्रमाणित कर भविष्य निधि कार्यालय को भिजवाया जावेगा। (आवेदन पत्र फॉर्म नं. 20 संलग्न है) - अनुसूची-बी
3. सेवारत कर्मिक की मृत्यु हो जाने पर यदि कर्मचारी/अधिकारी ने पूर्व में पेशन भुगतान हेतु प्रपत्र भरकर प्रस्तुत नहीं किया है तो उस स्थिति में आश्रितों द्वारा पेशन भुगतान हेतु संलग्न प्रपत्र 10 सं. भरकर कर सम्बन्धित अधिकारी के समक्ष प्रस्तुत करना होगा (प्रपत्र फॉर्म नं. 10सी संलग्न है) - अनुसूची-सी
4. सेवारत कर्मिक की मृत्यु होने की स्थिति में नियंत्रण अधिकारी द्वारा उनके आश्रित से ग्रेच्युटी राशि के लिये निर्धारित (फॉर्म नं. 6) प्रपत्र भरवाकर अधिकृत सक्षम प्राधिकारी को प्रस्तुत करना होगा। (आवेदन पत्र फॉर्म नं. 6 संलग्न है) - अनुसूची-डी
5. सेवारत कर्मिक की मृत्यु होने की स्थिति में नियंत्रण अधिकारी द्वारा मृतक कर्मिक के आश्रित से सादे कागज पर प्रार्थना पत्र लेकर मृतक कर्मिक के अर्जित अवकाश खाते में (अधिकतम 300 दिवस) शेष अर्जित अवकाश के एवज में नगद भुगतान की कार्यवाही करेंगा।
6. सेवारत कर्मिक की मृत्यु होने की स्थिति में नियंत्रण अधिकारी द्वारा मृतक कर्मिक के आश्रित से मृत्यु प्रमाण-पत्र की छाया प्रति के साथ से सादे कागज पर प्रार्थना पत्र लेकर मृतक कर्मिक के आश्रित को स्टाफ बनेवोलण्ड फण्ड में से राशि रुपये 50,000/- (पचास हजार) का भुगतान कराये जाने की कार्यवाही करेगा।
7. सेवारत कर्मिक की मृत्यु होने की स्थिति में नियंत्रण अधिकारी द्वारा मृतक कर्मिक के आश्रित से सादे कागज पर प्रार्थना पत्र लेकर मृतक कर्मिक के आश्रित को ई.डी.एल.आई. राशि भुगतान दिलवाये जाने की कार्यवाही करेगा।

नोट : कर्मिक के सेवा में रहते हुए मृत्यु हो जाने पर उपरोक्त परिलाभों के लिये मृतक कर्मिक के परिवार को नियंत्रण-अधिकारी लिखित रूप से अधिकतम 15 दिवस की अवधि के अन्दर-अन्दर निश्चित रूप से सूचित करेगा।

महाप्रबन्धक 1.1.2015

## प्रतिलिपि : -

1. महाप्रबन्धक, आर.एस.जी.एस.एम. शुगर फैक्ट्री, श्रीगंगानगर।
2. समस्त अधिकारीगण, आर.एस.जी.एस.एम., मुख्यालय, जयपुर।
3. प्रबन्धक, इकाई कार्यालय कोटा, उदयपुर, मण्डौर, भरतपुर, झोटवाड़ा, अजमेर, मदिरा संभाग श्रीगंगानगर को आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है।
4. नोटिस बोर्ड मुख्यालय/शुगर फैक्ट्री श्रीगंगानगर/समस्त इकाई कार्यालय।
5. स.प./मा.फा।

महाप्रबन्धक 1.1.2015

PHONES: DIC-2740886; GM-2740068; FA-2740541; DGM(P&S)-2741085; Co. Secy.-2741956; DGM(Pur.)-2740841;

DGM(A&P)-2744474; IT Cell-2740475; FAX:0141-2740676; EPBX:2740040

E-mail: [info@rsgsm.in](mailto:info@rsgsm.in); [rsgsmlimited@yahoo.com](mailto:rsgsmlimited@yahoo.com)

TIN No : 08682100859

UGSM-PCO Office Vaid Mahaveer Ji Performa New, 225 of 297

## आवेदन -पत्र का प्रारूप

### भाग-1

1. मृतक राज्य कर्मचारी का नाम व पद
2. निधन की दिनांक एवं स्थान (मृत्यु प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
3. विभाग का नाम जिसमें वह मृत्यु के समय कार्यरत था
4. मृत्यु के समय धारित पद तथा उसका वेतनमान
5. नियुक्ति का प्रकार : (स्थायी / अस्थायी)
6. राजकीय सेवा में प्रथम नियुक्ति का दिनांक
7. मृतक कर्मचारी के परिवार के सदस्यों का विवरण :-  
(केवल परिवार के सदस्यों के ही नाम लिखे जायें)

क.सं.	नाम	मृतक से संबंध	जन्म दिनांक एवं आयु	शैक्षणिक योग्यता	विवाहित / अविवाहित	मासिक आय *
-------	-----	---------------	---------------------	------------------	--------------------	------------

रूपये

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

\* नियम 10(3) में यथा विर्णित शपथ-पत्र संलग्न करे ।

### भाग-2

राजकीय सेवा में नियुक्ति हेतु आवेदन करने वाले आश्रित का विवरण -

आवेदक की  
फोटो

1. नाम
2. आयु एवं जन्मतिथि
3. शैक्षणिक योग्यता  
(प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
4. मृतक राज्य कर्मचारी से संबंध
5. आवेदित पद का नाम व वेतनमान

स्थायी पता :-

आवेदक के हस्ताक्षर



यदि आवेदक विधवा स्वयं नहीं है तो विधवा / अन्य आश्रितों की सहमति

मैंने आवेदन के भाग (1) व (2) में उल्लिखित सूचना पढ़ ली है। भली प्रकार सुन ली है। आवेदक को नोकरी दिये जाने हेतु मेरी / अन्य आश्रितों की सहमति है। जिसके समर्थन में मेरा / अन्य आश्रितों का घोषणा पत्र संलग्न है।

विधवा के हस्ताक्षर

साक्ष्य : 1.  
2.

भाग - 4

विभागाध्यक्ष का प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि :-

- (1) आवेदन पत्र विभाग में दिनांक..... को प्राप्त हुआ है जो कि डायरी संख्या ..... .. दिनांक ..... पद दर्ज हैं।
- (2) आवेदन पत्र में अंकित सूचनायें मृतक कर्मचारी के सेवा अभिलेख के अनुसार सही है। नियमों के अनुसार आवेदक आवेदित पद ..... पद नियुक्ति का पात्र हैं।

हस्ताक्षर विभागाध्यक्ष  
(मय कार्यालय सील)

भाग-5

विभागाध्यक्ष का प्रमाण-पत्र यदि आवेदन पत्र अन्य विभाग को भेजा जाना है

प्रमाणित किया जाता है कि -

- (1) आवेदक आवेदित पद पर नियुक्ति का पात्र है किन्तु यह पद..... विभाग में नहीं हैं। अतः आवेदन पत्र..... को अग्रप्रेषित किया जा रहा है।
- (2) मृतक कर्मचारी के नियम के पश्चात् आज तक उसके स्थान पर किसी भी आश्रित को किसी भी पद पर नियुक्ति नहीं दी गई है।

हस्ताक्षर विभागाध्यक्ष  
(मय कार्यालय सील)

आवेदक का प्रमाण-पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि आवेदन पत्र के भाग (1) व (2) में वर्णित तथ्य मेरी जानकारी में सही हैं। यदि भविष्य में कोई भी तथ्य असत्य पाया जावे तो मेरी सेवाएँ समाप्त की जा सकेंगी।

आवेदक के हस्ताक्षर

साक्ष्य : 1  
2.

**कर्मचारी भविष्य निधि योजना, 1952**  
**EMPLOYEES' PROVIDENT FUNDS SCHEME, 1952**

प्रपत्र संख्या-20  
FORM NO-20

प्रपत्र प्रयोग किया जाएगा Form to be used: -

1. अल्पव्यस्क/मानसिक-असंतुलित सदस्य के अभिभावक द्वारा By the guardian of minor/lunatic member
2. मृतक सदस्य के नामिती/ कानूनी उत्तराधिकारी द्वारा By a nominee or legal heir of the deceased member
3. अल्पव्यस्क/मानसिक असंतुलित नामिती या उत्तराधिकारी के अभिभावक द्वारा अल्पव्यस्क मृतक-सदस्य की भविष्य निधि राशि दावे के लिए  
By guardian of the minor/lunatic nominee or heir for claiming the Provident Fund accumulation of the minor deceased member

टिप्पणी : इस प्रपत्र को पूर्ण करने से पहले अनुदेश ध्यानपूर्वक पढ़िए। Note Read the "Instruction" Carefully before completing the form.

सदस्य का विवरण/Particulars of the member	
(1) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)/ Name of the member (In block letters)	
(2) पिता/पति का नाम/ Father's/Husband's Name	
(3) कारखाने/प्रतिष्ठान का नाम व पता जिसमें सदस्य अंतिम बार काम करता था/ Name & Address of the Factory/ Establishment in which the member was last employed	
(4) खाता संख्या/Account No.	
(5) नौकरी छोड़ने की तिथि/Date of leaving Service	
(6) नौकरी छोड़ने का कारण/ Reason for leaving service	
मृतक सदस्य के मामले में/(In case of deceased member)	
(7) मृत्यु की तिथि/ Date of Death (dd/mm/yyyy)	
(8) मृत्यु के दिन सदस्य की वैवाहिक स्थिति/ Marital status of the member on the day of his/her death	

**दावेदार के विवरण Particulars of the Claimant**

मृतक सदस्य के व्यस्क नामिती/कानूनी उत्तराधिकारी/ परिवार के सदस्य द्वारा भरा जाएगा।  
To be filled in by a Major nominee /legal heir/member of the family of the deceased member

(1) दावेदार का नाम (स्पष्ट अक्षरों में/ Name of the claimant (in block letters)	
(2) पिता/पति का नाम/ Father's/ Husband's name	
(3) लिंग/ Gender	
(4) आयु (सदस्य की मृत्यु के समय/ Age(as on Date of death of the member)	
(5) वैवाहिक स्थिति (सदस्य की मृत्यु की तिथि को)/ Marital status (as on the date of death of member)	
(6) मृतक सदस्य के साथ सम्बन्ध/Relationship with the deceased member	

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of applicant

नियोक्ता के हस्ताक्षर/Signature of Employer



अल्पव्यस्क/मानसिक-असंतुलित सदस्य के अभिभावक/प्रबन्धक द्वारा भरा जाएगा।

To be filled by the Guardian/Manager of Minor/Lunatic member  
या/OR

मृतक सदस्य के मानसिक-असंतुलित / अल्पव्यस्क नामित(तों) के अभिभावक या प्रबन्धक/ कानूनी उत्तराधिकारी (यों)/ परिवार के सदस्यों द्वारा भरा जाएगा।  
Guardian of Lunatic/Minor Nominee(s)/ Legal Heir(s)/Family member(s) of the deceased member

- (1) दावेदार का नाम (जो कि अभिभावक हो)  
Name of the claimant (i.e. Guardian)  
(2) पिता/पति का नाम  
Father's/Husband's name  
(3) अल्पव्यस्क/मृतक सदस्य के साथ संबंध  
Relationship with minor/deceased member


अल्पव्यस्क/मानसिक असंतुलित नामांकित/ कानूनी उत्तराधिकारी/परिवार के सदस्यों का विवरण जिसके लिए भविष्य निधि धन का दावा करना है।  
Particulars of the Minor/Lunatic/Nominee(s)/Legal Heir(s)/Surviving Family Members on whose behalf the Provident Fund Account is claimed

क्र. सं. S.No	नाम Name	लिंग Gender	आयु Date of Birth	धर्म Relation	सम्बन्ध / Relationship	
					मृतक सदस्य के साथ / With deceased member	अभिभावक के साथ / With Guardian
1						
2						
3						
4						

यदि लागू न हो तो काट दीजिए / Delete if not applicable

- (4) दावेदार का पूर्ण डाक पता (स्पष्ट अक्षरों में) श्री/श्रीमती / Shri/Smt.....  
Claimant's Full Postal address (in block letters) सुपुत्र/धर्मपत्नी/पति/पुत्री / S/o W/o H/o D/o.....  
..... पिन / Pin .....

- (5) राशि भेजने की इच्छित रीति  
Mode of Remittance

एक घुने हुए खाने में निशान लगाएँ  
Put a tick in the box against the one opted



- (क) राशि मेरे खर्च पर मनीआर्डर की जाए  
(a) By Postal Money order at my cost

☐

मद संख्या 4 के विपरीत दिए पते पर  
To the address given in item No.4

या / OR

(ख) मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत खाता सं.(अनुसूचित बैंक/डाकघर)  
में रेकॉर्डिंग चेक इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आया।।।

खाता सीधे भेजा जाए / By account payees cheque/  
electronic mode sent Direct for credit to my  
S.B. A/C (Scheduled Bank /PO)  
under intimation to me

(अपने बैंक खाते के खाली/रद्द बैंक की एक प्रति  
संलग्न करें Please attach a copy of  
cancelled/blank Cheque)

बचतबैंक खाता सं. / S.B Account no.....

बैंक का नाम / Name of the Bank.....

शाखा / Branch.....

आई.एफ.एस. कोड / IFS Code.....

शाखा का पूरा पता / Full Address of the Branch .....

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of applicant

नियोक्ता के हस्ताक्षर / Signature of Employer

**प्रमाण पत्र / CERTIFICATE**

जहाँ तक मुझे ज्ञान है मैं इस बात का विश्वास दिलाता हूँ कि मृतक सदस्य के मरणोपरान्त कोई बच्चा पैदा नहीं होगा।  
To the best of my knowledge I assure that no Posthumous child will be born to the deceased member  
मैं इस बात को प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरे पूर्ण संभव जानकारी के अनुसार पूर्णतया सत्य है।  
I certify that the particulars given above are true to the best of my knowledge

मैं प्रमाणित करता हूँ कि अल्पसंख्यक/मानसिक असंतुलित श्री/श्रीमती/कुमारी ..... मेरे साथ रह रहा है/रही है और मेरे द्वारा उसकी देखभाल और समर्थन किया जा रहा है तथा जो परिवार पेंशन अल्पसंख्यक/मानसिक असंतुलित के लिए होगी तो उसे उसकी भलाई तथा फायदे के लिए खर्च की जाएगी।

I certify that the minor(s)/lunatic Sh./Smt./Kumari ..... is living with me and is being supported and looked for by myself and the Family Pension Fund benefit received on behalf of minor lunatic will be spent in his/her best interests & benefits.

मैं घोषित करता हूँ कि अल्पसंख्यक सदस्य किसी ऐसे कारखाने/प्रतिष्ठान में जहां कि कर्मचारी भविष्य निधि और विविध व्यवस्था अधिनियम लागू हो इस प्रार्थना पत्र के दिनांक से पिछले लगातार दो भास से नौकरी नहीं कर रहा है।

I certify that the minor member has not been employed in any Factory/Establishment to which the "Act" applies for a continuous period of not less than 2 months immediately preceding the date of this application

संलग्न/ Enclosures

दावेदार के हस्ताक्षर या बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान  
Signature or Left/Right hand  
thumb impression of the claimant

दिनांक/ Date

जो लागू न हो तो काट दीजिए "Delete, if not applicable"

**अग्रिम पेशगी रसीद Advance Stamped Receipt**

केवल ऊपरी 5(ख) के मामले में मरी जानी चाहिए [To be furnished only in case of 5(b) above]

₹ (केवल)

अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय

श्री/श्रीमती/

के भविष्य निधि मुग्तान खाते में मेरे बचत खाते में जमा के लिए प्राप्त हुए।

Received a sum of (₹.....) (\*Rupees

only) from

Regional Provident Fund Commissioner/Officer-in-charge of sub Regional Office

by deposit in my Saving

Bank account towards the settlement of Provident Fund accounts of Shri/Smt.

\*स्थान क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/कार्याकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरे जाने के लिए खाली छोड़ा जाना चाहिए  
\*The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner/Officer in-charge of S.R.O.

₹ 1 राजस्व  
टिकट  
₹ 1 Revenue  
Stamp

दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान  
Signature or Left/Right hand thumb impression of the claimant

सप्रमाणकन/तसदीक अधिकारी द्वारा प्रमाणपत्र Certificate by the attesting authority

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर कथित तथ्य सही है Certified that the facts stated above are correct.

प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार श्री/श्रीमती/कुमारी

को मैं अच्छी तरह जानता हूँ और उन्होने

मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशान किया है। Certified that the claimant Shri/Smt./Kumari

me and has signed/thumb impressed before me

दिनांक/ Date

नियोजक या अन्य अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर पदनाम तथा मोहर  
Signature of the employer or any authorised official designation & Seal

(आयुक्त कार्यालय के प्रयोग हेतु)  
(For the use of Commissioner's Office)

लेखा आंशिक/पूर्ण भुगतान गया फार्म 21-ए/24/2/9 (संशोधित) तथा निकासी रजिस्टर में दर्ज कर लिया है।  
A/c Settled in Part/Full entered in Form 21-A/24/2/9 (Revised) and withdrawal Register

स.स.स.  
SSA

अनु. पर्य  
SS

रुपए के अधीन (Under ₹

भुगतान मद संख्या  
P.I.No.

मनीआर्डर/ चेक  
M.O./Cheque

लेखा संख्या  
Accounts No.

अनुभाग Section ..... रुपए के भुगतान के लिए पास किया Passed for Payment for ₹

(शब्दों में)

In words

मनीआर्डर कमिशन (यदि कोई हो) /  
M.O. Commission (if any)  
शुद्ध राशि मनीआर्डर द्वारा दी जानी है /  
Net Amount to be paid by M.O.

लेखा अधिकारी  
Accounts Officer  
दिनांक  
Dated

(रोकड़ अनुभाग के प्रयोग के लिए (FOR USE IN CASH SECTION)

चेक सं.

Paid by cheque No.

दिनांक

Date

रोकड़ बही

Vide cash book

के खाता संख्या-10 मद नाम संख्या

द्वारा किया गया।

(Bank) Account No. 3 Date item No.

अनु. पर्य /SS

स. आ./से.आ./APFC/RPFC

अभिवृत्तियाँ  
REMARKS



मोबाइल सं./ Mobile Number

(केवल कार्यालय के प्रयोगार्थ) / For Office Use Only

दावा संख्या / Claim I.D. ....

निकासी परिलाभ/योजना प्रमाणपत्र के दावे हेतु प्रयोग किया जाने वाला प्रपत्र 10 सी  
**FORM 10C FOR CLAIMING WITHDRAWAL BENEFIT/SCHEME CERTIFICATE**

कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 EMPLOYEES' PENSION SCHEME, 1995

**प्रपत्र भरने से पहले निर्देशों को पढ़ें / (Read the instructions before filing up this form)**

यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है। WITHDRAWAL BENEFIT IS NOT ADMISSIBLE IF MEMBERSHIP IS LESS THAN 180 DAYS EXCLUDING NON CONTRIBUTING PERIOD

1. (क) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Name of the Member (In Block Letters): \_\_\_\_\_  
(ख) दावेदार का नाम  
Name of the claimant (s): \_\_\_\_\_

2. जन्मतिथि / Date of Birth (dd/mm/yyyy) 

--	--	--	--	--	--	--	--

3. पिता का नाम / Father's Name \_\_\_\_\_  
पति का नाम Husband's Name (If applicable) \_\_\_\_\_

4. स्थापना का नाम व पता जिसमें सदस्य अंत में नियोजित था। / \_\_\_\_\_  
Name & Address of the  
Establishment in which,  
the member was last employed

5. कोड सं. तथा खाता सं. क्षेत्र / का कोड स्थापना की कोड सं. खाता सं.  
Code No. & Account No. Region/Off Code Estt. Code No. A/c No.  

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

5A) कार्यारंभ तिथि / Date of Joining the Estt. \_\_\_\_\_

6. सेवा छोड़ने का कारण तथा  
सेवा छोड़ने की तिथि  
Reason for leaving service &  
Date of Leaving \_\_\_\_\_

7. पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में)  
Full Address (In Block Letters) \_\_\_\_\_  
श्री / श्रीमती / कुमारी / Sh. / Smt. / Km. \_\_\_\_\_

पुत्र / पत्नी / पुत्री / S/o, W/o, D/o \_\_\_\_\_ पता / Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ पिन/PIN \_\_\_\_\_

# सदस्य के हस्ताक्षर अथवा बाएँ/दाएँ हाथ की अंगुठी का निशान  
Signature or Left / Right hand thumb impression of the member

# नियोक्ता के हस्ताक्षर / Employer's Signature



8. क्या आप निकासी परिसर के स्थान पर योजना प्रमाणपत्र स्वीकार करने के लिए तैयार हैं।

हाँ Yes

☐

नहीं No

☐

Are you willing to accept Scheme Certificate in lieu of withdrawal benefits

यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है।

Withdrawal benefit is not admissible if the membership is less than 180 days excluding non contributory period of service.

9. परिवार का विवरण (पति/पत्नी तथा बच्चे तथा नामिति)

Particulars of Family (Spouse & Children & Nominee)

(सिर्फ योजना प्रमाण पत्र के विकल्प के लिए/ applicable only for Scheme Certificate option)

	नाम Name	जन्म तिथि Date of Birth	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member	नाबालिक के अधिभादक का नाम Name of the guardian of minor
(क) परिवार के सदस्य (a) Family members				

(ख) नामिति  
(b) Nominee

10. बिना दावा दिए 58 वर्ष की आयु प्राप्त करने के बाद सदस्य की मृत्यु होने पर :-

In case of death of members after attaining the age of 58 years without filling the claim:-

(क) सदस्य की मृत्यु की तिथि/ Date of death of the member

(ख) दावेदारों के नाम/ तथा सदस्य से उसका संबंध/ Name of the Claimant(s)/and relationship with the member

11. धनप्रेषण का माध्यम (विकल्पित विधि के अनुसार संबंधित कोष्ठक में टिक करें)

Mode of remittance (put a tick in the box against the one opted)

(क) मद सं. 7 में दिए पते पर मेरी लागत पर डाक मनीआर्डर द्वारा

☐

By postal money order at my cost to the address given against item No.7:

(ख) मुझे सूचित करत हुए मेरे बचत खाता सं (अनुसूचित बैंक/ डाकघर) में रेखकित चेक/ इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आदाता खाता सीधे भेजा जाए/ (b) By account payees cheque/ electronic mode sent Directly for credit to my S.B. A/C (Scheduled Bank /P.O.) under intimation to me.

☐

बचत बैंक खाता सं/ S.B. Account No.

:

बैंक का नाम (स्पष्ट अक्षरों में/ Name of the Bank (In Block Letters) :

शाखा (स्पष्ट अक्षरों में) / Branch (In Block Letters) :

आईएफएस. कोड/ IFS Code

शाखा का पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में)/ Full address of the Branch (In Block Letters) :

(अपने बैंक खाते के खाली/रद्द बैंक की एक प्रति संलग्न करें Please attach a copy of cancelled/blank Cheque)

12. क्या आप क.पे. यो. 95 के तहत पेंशन प्राप्त कर रहे हैं ?

Are you availing pension under EPS-95 ?

हाँ/ Yes

☐

नहीं/ No

☐

यदि हाँ, तो इंगित करें

पी.पी.ओ. सं.

If yes, indicate

PPO No.....

किसके द्वारा जारी

By whom issued.....

प्रमाणित किया जाता है कि विवरण मेरे अधिकतम ज्ञान के अनुसार सत्य हैं/ Certified that the particulars are true to the best of my knowledge

दिनांक

Date .....

सदस्य/दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान

Signature or left Hand Thumb impression of the Member/Claimant

# नियोजता के हस्ताक्षर /Employer's Signature

अग्रिम प्राप्ति रसीद  
Advance Stamped Receipt  
(केवल ऊपर (ख) के मामले में ही प्रस्तुत किया जाए)  
[To be furnished only in case of (b) above]

पेंशन निधि खाते के निपटान स्वरूप क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/उप-क्षेत्रीय कार्यालय के प्रभारी अधिकारी से अपने बचत बैंक खाते में जमा द्वारा  
₹ ..... (शब्दों में) ..... की राशि प्राप्त की।

Received a sum of ₹ ..... (Rupees.....) only from  
Regional Provident Fund Commissioner/Officer-in-charge of Sub-Regional Office.....by deposit in my  
savings Bank A/c towards the settlement of my Pension Fund Account.

बाँयी तरफ दिए रिक्त स्थान को क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/प्रभारी अधिकारी द्वारा भरा जाएगा।

The space should be left blank which shall be filled by Regional Provident Fund  
Commissioner/Officer-in-charge)

₹ 1 राजस्व टिकट

₹ 1 Revenue  
Stamp

टिकट पर सदस्य के हस्ताक्षर और बाँयें हाथ के अंगूठे का निशान

Signature & left hand thumb impression of the member on the stamp

प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य द्वारा दिए विवरण सही हैं और सदस्य ने मेरे समक्ष हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठा निशानी लगाई है।

Certified that the particulars of the member given are correct and the member has signed/thumb impressed before me.

सदस्य की मजदूरी एवं गैर अंशदायी सेवावधि के विवरण निम्नानुसार हैं :-

**The details of wages and period of non-contributory service of the member are as under:**

(प्रपत्र-3ए/7) (क.प.यो.) उस अवधि का संलग्न है जिस अवधि हेतु ये कर्मचारी भविष्य निधि कार्यालय को भेजे नहीं गए थे।)

(Form 3A/7 (EPS) enclosed for the period for which it was not sent to Employees' Provident Fund Office)

दिनांक 15.11.95 को मजदूरी (मूल वेतन + महंगाई भत्ता) (यदि लागू है)

Wages (Basic +D.A.) as on 15.11.95 (if applicable)

₹

सेवा त्यागने की तिथि को मजदूरी

Wages as on the date of exit

₹

गैर अंशदायी सेवा की अवधि :

Period of non contributory Service :

वर्ष/माह

दिन

Year/Month

No. of days

दिनांक

Date .....

नियोक्ता/प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of Employer/Authorised Official

आयुक्त कार्यालय के प्रयोगार्थ (For the use of commissioner's office)

₹ ..... के अधीन/अदायगी मद सं ..... मनीआर्डर/चेक

Under ₹ ..... P.I.No. .... M.O./Cheque.

₹ ..... शब्दों में ..... की अदायगी हेतु स्वीकृत किया।

Passed for payment for ₹ ..... (in words) .....

मनीआर्डर कमीशन (यदि कोई है) ..... निकारी परिलाभ की निवल राशि .....

M.O.Commission (if any) ..... net amount to be paid by M.O ..... towards withdrawal  
benefit.

सा.सु.स.  
SSA

अनुपयोजक  
S.S.

स.ले.अधि.  
A.AO.



(नकदानुभाग के प्रयोगार्थ)  
(For use in Cash Section)

चेक सं. .... दिनांक ..... द्वारा संदेय जिसे नकद पुस्तिका (बैंक) खाता

सं-10 डेबिट मद सं. .... पर दर्ज कर लिया है।

Paid by inclusion in cheque No ..... Dt ..... vide Cash Book (Bank) Account No.10 Debt item No.....

अनु. पर्य  
S.S

स. अधि. (नकद)  
AC (Cash)

एस. एस. जारी करने के लिए आई. डी. एस. संलग्न है :-  
For issue of S.C., IDS is enclosed

सा.सु.स.  
SSA.

अनु. पर्य  
S.S.

स.ले.आ.  
A.AO.

स.म.नि.आ. (लेखा)  
APFC (A/cs.)

(पेंशन अनुभाग के प्रयोगार्थ)  
(For use in Pension Section)

योजना प्रमाणपत्र जिस पर नियंत्रण सं. .... उल्लिखित है, को दिनांक .....

..... को जारी किया और इसकी प्रविष्टि योजना प्रमाणपत्र नियंत्रण पंजी में की।

Scheme Certificate bearing the control No ..... issued on ..... and entered in the Scheme Certificate Control Register.

सा.सु.स.  
SSA

अनु. पर्य  
S.S.

स.ले.आ.  
A.AO.

स.म.नि.आ. (लेखा)  
APFC (A/cs.)

प्रपत्र नम्बर-6

(देखिये नियम 5 का उप-नियम (1))

न्यायिक उत्तराधिकारी द्वारा ग्रेज्युटी के लिए प्रार्थना-पत्र

अध्यक्ष महोदय,

दी गंगानगर शुगर मिल्स एम्पलाईज ग्रुप

ग्रेज्युटी फण्ड ट्रस्ट, जयपुर।

मैं प्रार्थना करता/करती हूँ कि दी गंगानगर शुगर मिल्स एम्पलाईज ग्रुप ग्रेज्युटी नियम 2 के उप नियम ( ) के अन्तर्गत (स्व.)..... कर्मचारी का नाम जो कि संस्थान में कर्मचारी था और दिनांक ..... को नामांकन किये बिना मृत्यु को प्राप्त हो गया है, के न्याचित उत्तराधिकारी की हैसियत से जो ग्रेज्युटी पाने का अधिकारी हो गया हूँ, वह मुझे चुका दी जाये। ग्रेज्युटी पूर्वोक्त कर्मचारी के सेवारत् रहते हुये मृत्यु को प्राप्त हो जाने के कारण दिनांक .....को वृद्धावस्था को प्राप्त हो जाने के कारण पूर्वोक्त कर्मचारी के दिनांक ..... को ..... वर्ष की सेवा पूरी कर लेने पर सेवानिवृत्त हो जाने के कारण या सेवा से त्याग पत्र दे देने के कारण/पूर्णतया कर्मचारी के सेवारत् रहते हुये दुर्घटना या बिमारी के कारण दिनांक ..... से पूर्णतया अपंग हो जाने के कारण देय हो गई है। मेरी मांग के संबंध में पूर्ण विवरण निम्न प्रकार है:-

विवरण-पत्र

1. न्यायिक उत्तराधिकारी का नाम : .....
2. न्यायिक उत्तराधिकारी का पूरा नाम : .....
3. न्यायिक उत्तराधिकारी की वैवाहिक स्थिति अविवाहित/वैवाहिक/विधुर/विधवा : .....
4. कर्मचारी का पूरा नाम : .....
5. कर्मचारी का प्रार्थी से संबंध : .....
6. प्रार्थी और कर्मचारी दोनों का धर्म : .....



7. कर्मचारी की नियुक्ति की दिनांक एवं  
सम्पूर्ण सेवाकाल : .....
8. विभाग/शाखा/प्रविभाग जिसमें अंतिम  
समय नियुक्त था : .....
9. कर्मचारी के पद का नाम तथा टिकिट  
या क्रम संख्या यदि कोई रहा हो : .....
10. कर्मचारी अंतिम समय कुल कितना  
वेतन पा रहा था : .....
11. कर्मचारी की सेवा समाप्ति का दिनांक  
और कारण मृत्यु के कारण या किसी  
अन्य कारण से : .....
12. कर्मचारी की मृत्यु की दिनांक तथा  
उसका प्रमाण/साक्षी : .....
13. कर्मचारी को कुल कितनी ग्रेज्युटी देनी  
निकलती है ? : .....
14. ग्रेज्युटी का कितना प्रतिशत मांगा जा  
रहा है। : .....
15. मांग के आधार और उसका प्रमाण/  
साक्षी : .....

1. मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण पत्र में दिया गया विवरण जहाँ तक मुझे ज्ञान व विश्वास है, पूर्णतया सच्चा व सही है।
2. कृपया नकद/रेखांकित अथवा सादे बैंक द्वारा भुगतान करें।
3. क्योंकि ग्रेज्युटी की रकम रुपये 1,000 से कम है इसलिये मैं प्रार्थना करता/करती हूँ कि मुझे दी जाने वाली राशि मनीऑर्डर द्वारा पते पर भेज दी जाये, मनीऑर्डर का कमीशन उसमें से काट लिया जाये।

भवदीय/भवदीया

वैध उत्तराधिकारी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

---

प्रमाणित किया जाता है कि श्री ..... का बतलाया गया सेवाकाल  
निर्विघ्न निरन्तर रहा है।

मुख्य अधिकाषी अधिकारी/क्षेत्रीय अधिकारी/पर्यवेक्षक

पी :- 04199309330



### **CERTIFICATE**

Certified that the services of the following persons as mentioned against each is continue end uninterrupted :-

S.No.	Name of Employee	Date of appointment	Date of retirement/Death /Resignation	Period of Service

Signature of Unit Officer

**Rajasthan State Ganganagar Sugar Mills Ltd. Jaipur**

## Final Salary Certificate

[illegible]