

**राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड**

**आकस्मिक अवकाश/ विशेष आकस्मिक अवकाश/ प्रतिबंधित/ क्षतिपूर्ति अवकाश के लिए आवेदन**

|   |  |   |       |
|---|--|---|-------|
| कार्यालय का नाम- <b>राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड</b>  |  | विभाग का नाम-   | तिथि- |
| कर्मचारी का नाम:  | कर्मचारी संख्या :                            | पदनाम:  |       |
| अवकाश की प्रकृति:<br>आकस्मिक / विशेष आकस्मिक<br>अवकाश/ प्रतिबंधित अवकाश/<br>क्षतिपूर्ति अवकाश | <b>अवधि/ अवकाश तिथि</b>                      | <b>अवकाश का प्रकार</b>  |       |
| निगम पर काम करने के एवज में क्षतिपूर्ति अवकाश   |  |   |       |
| अवकाश का कारण :   |  |   |       |
| वर्तमान वर्ष के दौरान पूर्व में ली गई आकस्मिक/ विशेष आकस्मिक अवकाशों की संख्या :              |  |   |       |
| अवकाश के दौरान पता :  |  |   |       |
| आवेदक के हस्ताक्षर  | संस्तुत/असंस्तुत<br><br>प्रभारी के हस्ताक्षर | स्वीकृत / अस्वीकृत अधिकारी<br>(कर्मचारी को सूचित किया जाये।)<br><br>स्वीकृति अधिकारी के हस्ताक्षर |       |

**राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड**

**कार्यभार ग्रहण रिपोर्ट**

|                  |                 |        |
|------------------|-----------------|--------|
| कार्यालय का नाम- | विभाग का नाम-   | तिथि-  |
| कर्मचारी का नाम: | कर्मचारी संख्या | पदनाम: |

सेवा में,  
प्रभागाध्यक्ष

महोदय,

पूर्व में सक्षम प्राधिकारी द्वारा ..... से ..... तक मंजूर किए गए ..... दिनों के अर्जित/ अर्ध वेतन/ परिवर्तित अवकाश/ गैर अर्जित वेतन अवकाश/चिकित्सा अवकाश पर रहने के पश्चात, मैं एतत द्वारा आज दिनांक ..... पूर्वाहन/अपराहन को कार्यभार ग्रहण की रिपोर्ट देती/देता हूँ। मैं, इसके साथ उपचाराधीन डॉक्टर का चिकित्सा स्वास्थ्य प्रमाणपत्र भी प्रस्तुत कर रही/रहा हूँ।

(चिकित्सा आधार के अवकाश, मामलों में).

|                    |  |                    |
|--------------------|--|--------------------|
|                    | मानव संसाधन प्रभाग को आवश्यक कार्रवाई के लिए अग्रेषित किया जाता है |                    |
| आवेदक के हस्ताक्षर | प्रभारी/ प्रभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर                                | मानव संसाधन प्रभाग |

**राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड**

**अर्जित अवकाश/ अर्ध वेतन अवकाश/ बिना वेतन अवकाश/प्रतिपूरक अवकाश/परिणत अवकाश के लिए आवेदन**

|  |  |  |       |
|--|--|--|-------|
| कार्यालय का नाम- <b>राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड</b>   |  | विभाग का नाम-                                    | तिथि- |
| कर्मचारी का नाम:   | कर्मचारी संख्या                        | पदनाम:   |       |
| वर्तमान पता:   | अवकाश के दौरान पता :<br>(यदि भिन्न हो) |  |       |
| अवकाश की प्रकृति:<br>अर्जित अवकाश/ अर्ध वेतन अवकाश/<br>परिणत अवकाश / बिना वेतन अवकाश/अन्य<br>(बताएं) | अवधि                                   |  |       |
| अवकाश का कारण:<br>(परिणत अवकाशों के मामलों में, चिकित्सा<br>प्रमाणपत्र संलग्न करें)                  |  |  |       |
| पूर्व में लिये गये अवकाश   | :                                      | अवधि   |       |
| वर्तमान वर्ष के दौरान पूर्व में लिए गए :<br>अवकाशों की संख्या  |  |  |       |
|  | संस्तुत/असंस्तुत                       | स्वीकृत/अस्वीकृत<br>(कर्मचारी को सूचित किया जाए) |       |
| आवेदक के हस्ताक्षर   | प्रभारी के हस्ताक्षर                   | स्वीकृति अधिकारी के हस्ताक्षर                    |       |
| मानव संसाधन विभाग को अग्रेषित:   |  |  |       |

**राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड**  
**अर्जित अवकाश नकदीकरण की स्वीकृति के लिए आवेदन**

(आवेदक द्वारा विवरण दो प्रतियों में भरा जाए)

|  |                 |       |
|--|-----------------|-------|
| कार्यालय का नाम- <b>राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड</b> विभाग का नाम- <b>राजभाषा कक्ष</b> तिथि- |                 |       |
| कर्मचारी का नाम  | कर्मचारी संख्या | पदनाम |
|  |                 |       |

अवकाश नकदीकरण के दिनों की संख्या : .....

मूल वेतन : .....

मंहगाई भत्ता : .....

कुल : .....

कर्मचारी के हस्ताक्षर  
प्रभागाध्यक्ष की संस्तुति  
प्रभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर

(मानव संसाधन प्रभाग के प्रयोग के लिए)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/ कु. .... के अवकाश खाते में दिनांक ..... तक ..... दिनों के नकदी योग्य अर्जित अवकाश जमा हैं और उपर्युक्त अवकाश नकदीकरण के पश्चात शेष दिन प्राप्त होंगे।

सतर्कता अनुभाग कृपया इंगित करें कि क्या उपरोक्त कार्मिक के विरुद्ध निगम को हुए वित्तीय नुकसान के कारण कोई आरोप (जैसे आरोप पत्र/ प्रथम सूचना रिपोर्ट) लंबित हैं? हाँ/नहीं

मानव संसाधन सहायक/ कनिष्ठ कार्यपालक (मानव संसाधन)  
सहायक प्रबंधक (मानव संसाधन)/ प्रबंधक (मानव संसाधन)/ सतर्कता प्रभारी

सतर्कता प्रभारी के हस्ताक्षर  
मानव संसाधन विभाग

सतर्कता अनुभाग के अवलोकन को देखते हुए अन्यथा 'उक्त कार्मिक को ..... दिनों के अवकाश नकदीकरण' का मामला मंजूरी या अन्यथा निर्णय हेतु प्रस्तुत है। प्रमाणित किया जाता है कि कार्मिक की सेवा पुस्तिका के पृष्ठ संख्या ..... पर एवं अवकाश खाते में भी आवश्यक प्रविष्टि कर दी गई है। (सतर्कता अनुभाग द्वारा पुष्टिकृत मामलों में लागू )

मानव संसाधन सहायक/ कनिष्ठ कार्यपालक (मानव संसाधन)  
सहायक प्रबंधक (मानव संसाधन)/  
प्रबंधक (मानव संसाधन)/ महा प्रबंधक (मानव संसाधन)

राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड

कार्यालय /फार्म का नाम \_\_\_\_\_

चिकित्सा व्ययों प्रतिपूर्ति की दावों के लिए प्रपत्र

1. कर्मचारी का नाम, पदनाम एवं विभाग :
2. मूल वेतन (पूर्वसंशोधित) एवं वेतनमान :रु ..... (वेतनमान .....)
3. रोगी का नाम व संबंध :
4. स्थान जहां पर रोगी बीमार हुआ है :
5. अस्पताल का नाम जहां से उपचार करवाया गया है :
6. उपचार करने वाले चिकित्सक/सर्जन का नाम :
7. क्या एनएससी/सीजीएचएस/सीएस (एमए)/  
सरकारी अस्पताल द्वारा मान्यता प्राप्त है। :
8. क्या रोगी को सेवा रिकार्ड में आश्रित  
घोषित किया गया है :
9. क्या प्रबंधन को अपेक्षित सूचना भेज दी गई है तथा  
सूचना की तारीख (प्रति संलग्न ) :
10. अग्रिम स्वरूप ली गई चिकित्सा राशि, यदि कोई :
11. प्रतिपूर्ति का विवरण :
  - (i) डॉक्टर/सर्जन शुल्क : रु. ....
  - (ii) दवाईयों/इंजेक्शन/प्रत्यारोपण इत्यादि की मूल्य: रु. ....
  - (iii) आवास/देखभाल/आईसीयू का प्रभार : रु. ....
  - (iv) पैथोलॉजिकल प्रभार : रु. ....
  - (v) सर्जरी/ऑपरेशन थियेटर का प्रभार : रु. ....
  - (vi) नर्सिंग शुल्क : रु. ....
  - (vii) एम्बुलेंस शुल्क : रु. ....
  - (viii) आहार शुल्क : रु. ....
  - (ix) कोई अन्य शुल्क (कृपया उल्लेख करें) : रु. ....

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| (i) रु. ....   | } | : रु. .... |
| (ii) रु. ....  |   |            |
| (iii) रु. .... |   |            |
| (iv) रु. ....  |   |            |

कुल योग :रु. ....

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त दिया गया विवरण सही है और स्वयं अथवा परिवार सदस्यों के चिकित्सा उपचार पर मेरे द्वारा किया गया खर्च वास्तविक खर्च है।

हस्ताक्षर .....

नाम .....

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर .....

दिनांक:

संलग्न: मूल

मा.सं./वित्त विभाग को अग्रहित किया जाए।

(केवल कार्यालय प्रयोग के लिए)

जांचा, सत्यापित किया और भुगतान के लिए रु. .... (रुपये.....) के लिए पारित किया जाता है

- विवरण के साथ अस्वीकार्य राशि

- सक्षम प्राधिकारी की स्वीकृति ..... पर ली गई है (संलग्न)

संबंधित सहायक

सहायक प्रबंधक (मा.सं)/अधिकारी

स्वीकृति अधिकारी

राष्ट्रीय बीज निगम लिमिटेड  
(भारत सरकार का उपक्रम)  
मुख्यालय, दिल्ली

टूर रिपोर्ट

नाम :

पदनाम :

मुख्यालय :

महीना :

| दिनांक | स्टेशन | किए गए कार्य का विवरण |
|--------|--------|-----------------------|
|        |        |                       |

सूचना हेतु प्रस्तुत।

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

दिनांक