

दिनांक:-

सेवा में,

प्रबन्ध निदेशक,
यू०पी०स्टेट कन्स्ट्रक्शन एण्ड इन्फ्रास्ट्रक्चर
डेवलपमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड,
मुख्यालय, लखनऊ।

विषय:- सेवानिवृत्त देयों के भुगतान के सम्बन्ध में।

महोदय,

कृपया निवेदन है कि मैं दिनांक को के पद से सेवानिवृत्त हो रहा/रही हूँ। मैं अपने सेवानिवृत्त देयों (ई०पी०एफ०, सामूहिक बीमा) की प्राप्ति रसीद संलग्न कर प्रेषित कर रहा/रही हूँ। कृपया मेरे ई०पी०एफ०, सामूहिक बीमा, ग्रेच्युटी एवं अवकाश नकदीकरण आदि का भुगतान करने की कृपा करें।

संलग्नक:- उक्तवत्।

भवदीय,

उ०प्र० समाज कल्याण निर्माण निगम लि०
टी०सी०-46v विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ

सी०पी०एफ० ट्रस्ट

कर्मचारी भविष्य निधि खाते से 90% की धनराशि के आहरण सम्बन्धी आवेदन-पत्र

(यह आवेदन-पत्र सदस्य द्वारा नौकरी छोड़ने/सेवानिवृत्त होने/नौकरी से छटनी/नौकरी से अलग किये जाने आदि के समय अन्तिम भुगतान प्राप्त करने हेतु प्रयोग किया जाये।)

- 1- सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) :
- 2- पिता का नाम :
- 3- पद (जिस पर कार्यरत था) :
- 4- भविष्य निधि खाता संख्या : उ०प्र०/7486/
- 5- जनपद :
- 6- नौकरी छोड़ने की तिथि :
- 7- नौकरी छोड़ने का कारण :
- 8- पत्र व्यवहार का पूरा पता :
- 9- बचत बैंक खाता का विवरण
(क) खाता संख्या :
- (ख) बैंक का नाम :
- (ग) शाखा :
- (घ) बैंक का पूरा पता :

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त विवरण मेरे पूर्ण ज्ञान के अनुसार सही है।

मैं घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मैंने भविष्य निधि राशि की अन्तिम वापसी हेतु आवेदन की तिथि से लगातार पिछले 02 माह की अवधि में किसी ऐसी फ़ैक्ट्री/प्रतिष्ठान में जिसमें भविष्य निधि अधिनियम लागू हो, काम नहीं किया है।

सदस्य के हस्ताक्षर या बायें/दायें हाथ
का अंगूठे का निशान

टिकट लगी अन्तिम रसीद

अपने कर्मचारी भविष्य निधि खाते के निपटान पर सी०पी०एफ० ट्रस्ट से ₹ की
धनराशि अपने बचत खाते में प्राप्त हुये।

₹ 1 का
रसीदी टिकट
चिपकायें

परिशिष्ट-1

यू0पी0 स्टेट कन्स्ट्रक्शन एण्ड इन्फ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड,

पूर्ववर्ती:- उ0प्र0 समाज कल्याण निर्माण निगम लि0

के कर्मचारियों के लिए बचतमय सामूहिक बीमा योजना मास्टर पालिसी संख्या- जी0एस0एल0आई0-113493

क्लेम फार्म

1. (अ) कर्मचारी का नाम :
 - (ब) पिता का नाम :
 2. पद :
 3. नियुक्ति का स्थान व पता :
 4. जन्म तिथि :
 5. (अ) क्या कर्मचारी पालिसी की आरम्भ में सेवा में था :
 - (ब) यदि नहीं तो नियुक्ति का दिनांक दें :
 6. क्या कर्मचारी निर्गमन के समय सेवा में था :
 7. निर्गमन का कारण (मृत्यु/सेवानिवृत्त/त्याग पत्र :
सेवा समाप्ति यदि मृत्यु हो)
 8. सेवा से निर्गमन का दिनांक :
 9. मृत्यु की स्थिति में : लाभग्राही का नाम :
- पता : _____
- सम्बन्ध : _____

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ/करती हूँ कि उक्त विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है।

अंकन रूपये जो उक्त योजना के अन्तर्गत देय व माँग हुई, पूर्ण संतोष सहित प्राप्त किये।

दिनांक : 1 रू0 का रसीदी टिकट

स्थान : कर्मचारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर

गवाह हस्ताक्षर : प्रमाणित किया जाता है कि उक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी व विश्वास के अनुसार सही है।

पता : यू0पी0 स्टेट कन्स्ट्रक्शन एण्ड इन्फ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड,
पूर्ववर्ती:- उ0प्र0 समाज कल्याण निर्माण निगम लि0,
टी0सी0 46-V, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ

स्थान : लखनऊ