



सेवानिवृत्त कार्मिकों और/या उनके जीवनसाथी के सामान्य स्वास्थ्य जांच पर किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन

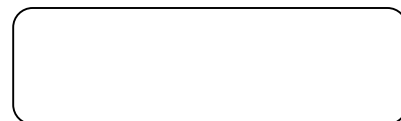
न्यासी,
पंजाब एण्ड सिंध बैंक कर्मचारी कल्याण न्यास,
प्रधान कार्यालय भविष्य निधि विभाग,
सिद्धार्थ एन्क्लेव, आश्रम चौक, नई दिल्ली - 110014

महोदय/महोदया,

संदर्भ: भविष्य निधि विभाग के परिपत्र संख्या 110/2021 दिनांकित 31.07.2021 के अनुसार- सेवानिवृत्त कार्मिकों और/या उनके जीवनसाथी के सामान्य स्वास्थ्य जांच पर किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति

1. पूर्व-कार्मिक नाम: _____
2. पूर्व-कार्मिक का पीएफ कोड:
3. पूर्व-कार्मिक की जन्म तिथि:
4. कार्यालय छोड़ने के समय पदनाम: _____
5. पूर्व-कार्मिक की सेवानिवृत्ति तिथि:
6. पूर्व-कार्मिक की डीओडी:
- (कार्यालय छोड़ने की तिथि) (यदि पूर्व-कार्मिक की मृत्यु हो गई है)
7. जीवनसाथी का नाम _____
8. संपर्क नंबर:
9. पेंशन भुगतान/खाताधारक शाखा: _____
10. पेंशन भुगतान/खाताधारक शाखा कोड :
11. खाता संख्या (चौदह अंको का)
10. दावा की गई राशि: क) स्वयं पर ₹. _____ ख) जीवनसाथी पर ₹. _____
ग) कुल राशि ₹. _____

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण सत्य हैं और इसमें कुछ भी छिपाया नहीं गया है। बिल की प्रति जिसमें स्पष्ट रूप से स्वास्थ्य जांच का नाम अंकित है या जांच का नाम न लिखे होने पर जांच रिपोर्ट की स्व-सत्यापित और शाखा प्रभारी/ विभागाध्यक्ष द्वारा विधिवत सत्यापित प्रति संलग्न हैं।



दिनांक:

पूर्व कार्मिक / पारिवारिक पेंशनभोगी के हस्ताक्षर

हम प्रमाणित करते हैं कि हमने पूर्व कार्मिक और उसका/ उसके जीवनसाथी के उपरोक्त विवरणों की जांच की है। हम यह भी पुष्टि करते हैं कि स्वास्थ्य जांच परीक्षण नाम का उल्लेख करने वाले मूल बिल/ रसीद को संलग्न/ शाखा रिकॉर्ड में रखा जा रहा है। हम प्रयुक्त प्रतिपूर्ति को स्वीकृत करने की अनुशंसा करते हैं।

दिनांक:

पेंशन भुगतान/ खाताधारक शाखा प्रभारी
(अग्रेशन प्राधिकारी के हस्ताक्षर और पूर्ण मुहर के साथ)