कार्यालय प्राचार्य इंदिरा गांधी इंजीनियरिंग महाविद्यालय सागर (म.प्र.)

(शासन द्वारा स्वशासी घोषित)

Tel No.: 07582-263986, 263844
visit us: www.igecsagar.ac.in
E-mail: dr.principalgec@rediffmail.com

क्रमांक / इम / स्था.सामा. / 2018 / सागर दिनांक 29 / 10 / 2018

/ / सूचना / /

संस्था के समस्त लोक सेवकों को सूचित किया जाता है कि जिन शासकीय सेवकों के नोमिनेशन फार्म नही भरे है या पुनः भरना चाहते है, वे तत्काल नोमिनेशन फार्म 03 प्रतियों में शासन द्वारा निर्धारित प्रपत्र संस्था की बेवसाइट www.igecsagar.ac.in से डाउनलोड किये जा सकते है अथवा एक प्रति कार्यालय स्थापना शाखा से प्राप्त की जा सकती है।

संलग्न – निर्धारित प्रपत्र

प्राचार्य
इंदिरा गांधी इंजीनियरिंग महाविद्यालय
सागर, म.प्र.

पृ. क्रमांक / इम / स्था.सामा. / 2018 / 2922 सागर दिनांक 29 / 10 / 2018

प्रतिलिपिः–निम्नांकित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु ।

1. प्रभारी अधिकारी बेवसाइट इंजीनियरिंग कालेज सागर।
2. स्था.प्रथम / लिपिकीय / अलिपिकीय / चतुर्थ इंजी.महाविद्यालय सागर।
3. सभी लोक सेवकों को सूचनार्थ भ्रमणार्थ।
4. सूचना पटल पर चस्पा हेतु।

प्राचार्य
इंदिरा गांधी इंजीनियरिंग महाविद्यालय
सागर, म.प्र.

म.प्र. शासकीय कर्मचारी बीमा योजना १९८५

फार्म क्रमांक ८

मध्यप्रदेश शासकीय कर्मचारी समूह बीमा योजना १९८५ के अन्तर्गत लाभों के लिए नाम निर्देशन जब शासकीय कर्मचारी का कोई परिवार हो और वह उसके एक सदस्य या एक से अधिक सदस्यों को नाम निर्देशित करना चाहता/चाहती हो

मैं एतद् द्वारा सेवा में रहते हुए मेरी मृत्यु हो जाने पर देय हुई या मेरे द्वारा अधिवार्षिकी आयु पूरी कर लेने पर संदेय हुई या मेरी मृत्यु के समय असदत्त रही ऐसी किसी भी रकम को जो कि मध्यप्रदेश शासन द्वारा म.प्र. शासकीय कर्मचारी समूह बीमा योजना १९८५ के अन्तर्गत मंजूर की जाये नीचे विनिर्दिष्ट परिमाण में प्राप्त करने के लिए उल्लिखित व्यक्ति/व्यक्तियों को नाम निर्देशित करता/करती हूं और उसे/उन्हे उक्त रकम प्राप्त करने का अधिकार प्रदान करता/करती हूं।

नाम निर्देशित/नाम निर्देशितियों का/के नाम तथा पता/पते	शासकीय कर्मचारी के संबंध	आयु	*प्रत्येक को कितना हिस्सा संदत्त किया जावेगा	*किन घटनाओं के घटित होने पर नाम निर्देशिन हो जायेगा	उस व्यक्ति का नाम पता तथा सम्बन्धु यदि कोई हो जिस शासकीय कर्मचारी की मृत्यु हो जाने की स्थिति में निर्देशित का अधिकार सक्रांत हो जायेगा
१	२	३	४	५	६
१					
२					
३					

टिप्पणी - शासकीय कर्मचारी को अपनी अन्तिम प्रविष्टि के नीचे खाली स्थान के आर-पार एक रेखा खींच देनी चाहिए ताकि उसके हस्ताक्षर के बाद कोई भी अन्त स्थापित न किये जा सकेंगे।

दिनांक .....माह..... स्थान .....

दो साथी के हस्ताक्षर

१..... स्थान .....

२.....

शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर

* यह खाना इस प्रकार भरा जाना चाहिये कि बीमा योजना के अन्तर्गत सदैव सम्पूर्ण रकम का समावेश हो जाये।

फार्म क्रमांक 8

मध्यप्रदेश शासकीय "कर्मचारी–बीमा–सह–बचत योजना"–2003 नामांकन प्रपत्र

मध्यप्रदेश शासकीय "कर्मचारी–बीमा–सह–बचत योजना"–2003 के अंतर्गत लाभों के लिये नामनिर्देशन जब शासकीय सेवक का कोई परिवार हो और वह उसके सदस्य या एक से अधिक सदस्यों को नामनिर्देशित कराना चाहता/चाहती हो।

मैं एतद्द्वारा सेवा में रहते हुये, मेरी मृत्यु हो जाने पर देय हुई या मेरे द्वारा अधिवार्षिकी की आयु पूरी कर लेने पर संदेय हुई किन्तु मेरी मृत्यु के समय अंशदत्त रही ऐसी किसी भी रकम को जो कि मध्यप्रदेश शासकीय "कर्मचारी–बीमा–सह–बचत योजना–2003 के अंतर्गत स्वीकृत की जाये, नीचे विनिदिष्ट परिमाप में प्राप्त करने के लिये नीचे उल्लिखित व्यक्ति/व्यक्तियों को, जो कि मेरे परिवार का/के सदस्य हैं। नामनिर्देशित करता/करती हूँ और उसे/उन्हें उक्त रकम प्राप्त करने का अधिकार प्रदान करता/करती हूँ: –

नाम निर्देशिती/नाम निर्देशितियां का/के नाम तथा पता/पते	शासकीय कर्मचारी से से संबंध	आयु	प्रत्येक को कितना हिस्सा भुगतान किया जायेगा	किन घटनाओं के घटित होने पर नाम निर्देशन अविधिमान्य हो जायेगा।	उस व्यक्ति का नाम पता तथा संबंध यदि कोई हो, जिसे शासकीय कर्मचारी की मृत्यु के पूर्व नामनिर्देशिती की मृत्यु हो जाने की स्थिति में नाम निर्देशिती का अधिकार संक्रांत हो जायेगा

टिप्पणी– शासकीय कर्मचारी को अपनी अंतिम प्रविष्टि के बाद खाली स्थान के आरपार एक रेखा खींच देनी चाहिये ताकि उसके हस्ताक्षर के बाद कोई भी नाम अंतःस्थापित न किया जा सके।

हस्ताक्षर .....

कर्मचारी का नाम .....

पदनाम .....

कार्यालय का नाम .....

दिनांक .....

स्थान .....

दो साक्षियों के हस्ताक्षर

हस्ताक्षर .....

1. नाम एवं पता .....

.....

.....

हस्ताक्षर .....

2. नाम एवं पता .....

.....

.....

नामांकन स्वीकार करने के ब्यौरे–

कार्यालय प्रमुख का नाम .....

कार्यालय का नाम .....

नामांकन स्वीकार करने का दिनांक .....

नोट– यदि स्वीकृत कर्ता अधिकारी/कार्यालय प्रमुख द्वारा दिनांक सहित हस्ताक्षर नहीं होंगे तो नामांकन वैध नहीं होगा।

FORM- 3

[See Rule 47 (12)]

DETAILES OF FAMILY

Name of the Government Servant :.....

Designation : .....

Date Of Birth : .....

Date of appointment : .....

Details of the members of my family* as on .....

S.No.	Name of the Members of. "Family"	Date of Birth	Relationship with the officer	Initials of the Head of Office	Remarks
01.					
02.					
03.					
04.					
05.					
06.					
07.					

I hereby undertake to keep the above particulars upto-dates by notifying to the Audit Officer/Head of Office any addition of alteration.

(Signature of Government Servant)

Dated the .....

फार्म—1

मृत्यु तथा सेवानिवृत्ति उपदान के लिये नामनिर्देशन

[नियम 46 (1) देखिये]

(जब शासकीय कर्मचारी का कोई परिवार हो और वह उसके एक सदस्य या एक से अधिक सदस्यों को नामनिर्दिष्ट करना चाहता हो)।

†मैं, एतद्द्वारा नीचे उल्लिखित व्यक्ति/व्यक्तियों का, जो मेरे परिवार का/के सदस्य है/हैं, नामनिर्दिष्ट करता हूं और उसे/उन्हें नीचे निर्दिष्ट सीमा तक, ऐसा कोई भी उपदान जो कि शासन द्वारा सेवा में रहते हुये या सेवानिवृत्ति के बाद मेरी मृत्यु हो जाने की स्थिति में मंजूर किया जाये, प्राप्त करने का अधिकार प्रदान करता हूं।

मूल नामनिर्दिष्ट व्यक्ति				वैकल्पिक नामनिर्दिष्ट व्यक्ति	
नामनिर्दिष्ट व्यक्ति/व्यक्तियों ‡ के नाम और पते	शासकीय कर्मचारी से संबंध	आयु	प्रत्येक को देय उपदान के हिस्से की रकम *	उस व्यक्ति या उन व्यक्तियों में यदि कोई हो/हों, का/के नाम, पता/पते, संबंध तथा आयु जिसे/जिन्हें नामनिर्दिष्ट व्यक्ति/व्यक्तियों को प्रदत्त अधिकार, व्यक्ति/व्यक्तियों की मृत्यु शासकीय कर्मचारी की मृत्यु के पूर्व हो जाने की स्थिति में या नामनिर्दिष्ट व्यक्ति/व्यक्तियों की मृत्यु शासकीय कर्मचारी की मृत्यु के पश्चात् किन्तु उपदान का भुगतान प्राप्त करने के पूर्व हो जाने की स्थिति में अन्तरित होगा	प्रत्येक को देय उपदान के हिस्से की रकम **
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

†यदि लागू न हो, तो काट दीजिये।

‡यह नामनिर्देशन मेरे द्वारा इससे पहले के दिनांक .....को किये गये नामनिर्देशन को, जो कि रद्द हो जायेगा, अतिष्ठित करता है।

टिप्पणी :—शासकीय कर्मचारी अन्तिम प्रविष्टि के नीचे के खाली स्थान के आर-पार रेखा खींच देगा ताकि उसके हस्ताक्षर के बाद कोई भी नाम जोड़ा न जा सके,

आज दिनांक.....माह.....199 को .....में हस्ताक्षरित।

हस्ताक्षर के साक्षी—

1. .....

2. .....

.....

शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर

* यह खाना इस प्रकार भरा जाना चाहिये कि उपदान की संपूर्ण रकम इसके अंतर्गत आ जाये।

** इस खाने में दर्शाई गई उपदान की रकम/हिस्से में मूल नामनिर्दिष्ट व्यक्ति/नामनिर्दिष्ट व्यक्तियों को देय संपूर्ण रकम हिस्सा आ जाना चाहिये।

(कार्यालय प्रमुख द्वारा भरा जायेगा)

.....द्वारा नामनिर्देशन.....

.....

पदनाम.....

कार्यालय.....

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर

दिनांक.....

पदनाम.....

कार्यालय प्रमुख द्वारा नामनिर्देशन फार्म की प्राप्ति की अभिस्वीकृति

प्रति

.....

.....

.....

मै, उपदान के संबंध में फार्म..... में आपके नामनिर्देशन,दिनांक..... पूर्वतर किये गये नामनिर्देशन के रद्दकरण, दिनांक.....की प्राप्ति अभिस्वीकार करता हूं । उसे पूर्ण रूप से अभिलेख में रख दिया गया है ।

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर
(पदनाम)

स्थान.....

दिनांक.....

टिप्पणी :— शासकीय कर्मचारी को सलाह दी जाती है कि यह उसके नामनिर्दिष्ट व्यक्तियों के हित में होगा, यदि नामनिर्देशनों तथा सम्बद्ध सूचनाओं की प्रतियां और अभिस्वीकृतियां सुरक्षित अभिरक्षा में रखी जाये, ताकि वे उसकी मृत्यु हो जाने की स्थिति में लाभ-ग्राहियों के कब्जा में जा सकें

GRPRJ—15 —6/99—5000.

I-Ac.—156

G. P. F.—3

PROVIDENT FUND NOMINATION

(For use by Subscribers having Family)

I.....hereby nominate the person/persons mentioned below who is a member/are members of my family as defined in Rule 2 of the*.....Provident Fund.....Rules, to receive the amount that may stand to my credit in the Fund as indicated below, in the event of my death before that amount has become payable or having become payable has not been paid.

Name and full address of the nominee/nominees (1)	Relationship with the subscriber (2)	Age of the nominee(s) (3)	Share payable (to each nominee) (4)	Contingencies on the happening of which the nomination shall become invalid (5)	Name, address and relationship of the person/persons, if any, to whom the right of the nominee shall pass in the event of his/her predeceasing the subscriber (6)

Dated, this..... *day of*.....*19* *at*.....

The two witnesses to signature—

	Name	*Address*	*Signature*	
1.	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	*Signature of the Subscriber*

* Note :—Please read carefully the instructions printed on the reverse before filling in the form.

(P. T. O.

[SPACE FOR USE BY HEAD OF OFFICE/ACCOUNTANT-GENERAL'S OFFICE]

Nomination by Shri/Smt./Kumari.....

Signature of Head of Office/Accounts Officer.....

Designation.....

Designation.....

Date of receipt of nomination.....

Date.....

(Instructions for Subscriber)

1. Your name may by filled in.
2. Name of the Fund may be completed suitably.
3. Definition of the term "Family" as given in the Provident Fund Rules.
4. Column 4.—If only one person is nominated, the words **"In full"** should be written against the nominee. If more than one person is nominated, th share payable to each nominee to cover the whole amount of the Provident Fund should be specified.
5. Column 5.—Death of nominee(s) should not be mentioned as a contingency in this column.
6. Column 6.—Do not mention your name.
7. Draw line across the blank space below last entry to prevent insertion of any name after you have signed.

ORPRJ—FS/113—12/94—50,000.