

आईसीएमआर-राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान
सैक्टर-8, द्वारका, नई दिल्ली-110077

बाल शिक्षा भत्ते की अदायगी हेतु आवेदन प्रपत्र

वित्तीय वर्ष हेतु दावा

मैं एतद् द्वारा अपने बच्चे/बच्चों के बाल शिक्षा भत्ते की अदायगी हेतु आवेदन करता/करती हूँ और संबंधित ब्यौरा नीचे दिया गया है:-

1	सरकारी कर्मचारी का नाम एवं श्रेणी			
2	मोबाइल संपर्क			
3	पदनाम			
4	एकक का नाम			
5	यदि पति/पत्नी केन्द्र सरकार, पीएसयू, राज्य सरकार के अधीन कार्यरत हैं, तो (पति/पत्नी के नाम सहित ब्यौरा दीजिए)			
6	यदि पति/पत्नी रेलवे में कार्यरत हैं तो पदनाम, कार्यालय एवं बी.यू. संख्या			
7	उस बच्चे/उन बच्चों का विवरण जिसके/जिनके लिए बाल शिक्षा भत्ते/छात्रावास अनुदान का दावा किया गया है :-			
	क्रम संख्या	बच्चे का नाम	जन्म तिथि	कक्षा (शैक्षणिक वर्ष)
				विद्यालय/संस्थान का नाम एवं स्थान
	पहला बच्चा			
	दूसरा बच्चा			

8. व्यय की अदायगी:-

क्रम संख्या	अवधि	सीईए की दर (रुपये)	दावा की गई राशि	टिप्पणियाँ
पहला बच्चा				
दूसरा बच्चा				
दावा की गई कुल राशि (रुपये)				

9. कर्मचारी के आवास से बच्चे के छात्रावास की दूरी (छात्रावास अनुदान के मामले में)
10. पिछली तिमाही/पूर्व में प्राप्त की गई सीईए/छात्रावास अनुदान की राशि
11. शैक्षणिक वर्ष जिसके लिए अभी सीईए/छात्रावास अनुदान हेतु आवेदन किया गया है
12. क) जिस बच्चे के लिए बाल शिक्षा भत्ते का आवेदन किया गया है, क्या वह दिव्यांग है : हाँ / नहीं.....
 ख) यदि हाँ, तो दिव्यांगता की प्रकृति दर्शाएं :
 ग) दिव्यांगता प्रमाणपत्र की तिथि :
 घ) दिव्यांगता की प्रतिशतता बताएं :
13. क्या संस्थान प्रमुख से प्राप्त वास्तविक प्रमाणपत्र संलग्न कर दिया गया है : हाँ/नहीं.....
14. छात्रावास अनुदान हेतु, राशि का उल्लेख करते हुए वास्तविक प्रमाणपत्र संलग्न कर दिया गया है
15. मद संख्या 14 का उत्तर यदि हाँ है, छात्रावास अनुदान हेतु दावा की गई राशि रुपये
16. क) प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पत्नी/पति केन्द्र सरकार की सेवा में नहीं हैं
 ख) प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पत्नी/पति श्री/श्रीमती/डॉ..... वर्तमान समय में

 में..... के पद पर कार्य कर रहे/रही हैं और उन्होंने उल्लेखित बच्चे/बच्चों के लिए बाल शिक्षा भत्ते हेतु आवेदन नहीं किया है/नहीं करेंगे।
 ग) प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पत्नी/पति ने किसी अन्य स्रोत से इस अदायगी हेतु दावा नहीं किया है और न ही भविष्य में करेंगे।
17. प्रमाणित किया जाता है कि जिस बच्चे/बच्चों के संबंध में बाल शिक्षा भत्ता की अदायगी हेतु आवेदन किया गया है, वह स्कूल/जूनियर कॉलेज, मान्यता प्राप्त है और शिक्षा बोर्ड, विश्वविद्यालय से संबद्ध है।
18. प्रमाणित किया जाता है कि मैं मात्र अपने दो सबसे बड़े जीवित बच्चों के संबंध में ही सीईए हेतु दावा कर रही/रहा हूँ। ऊपर प्रस्तुत की गई जानकारी पूर्ण एवं सही है और मैंने उल्लेखित संबंध में कोई भी जानकारी छिपाई नहीं है, यदि उक्त विवरण में कोई परिवर्तन होता है जिसकी वजह से मेरे बच्चे/बच्चों के बाल शिक्षा भत्ते/छात्रावास अनुदान की अदायगी हेतु मेरी पात्रता प्रभावित होती है, तो मैं वचन देता/देती हूँ कि उसकी सूचना मैं तुरंत दूंगा/दूंगी, और अतिरिक्त भुगतान यदि हुआ है तो उसे वापस करूंगा/करूंगी। इसके साथ ही मुझे पता है कि यदि किसी भी समय उल्लेखित प्रस्तुत सूचना/दस्तावेज फर्जी पाए गए तो मेरे विरुद्ध अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी।

दिनांक :

स्थान :

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर)

नाम :

पदनाम :

पैन संख्या :

आईसीएमआर-राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान सैक्टर-8, द्वारका, दिल्ली-110 077

प्राधिकारी पत्रांक देखिए भारत सरकार, कार्मिक मंत्रालय

पी.जी. एवं कार्मिक एवं प्रशिक्षण विभाग, नई दिल्ली

आदेश संख्या-ए-27102/02/2017-स्थापना (ए.एल.) 16 अगस्त 2017

(यह आदेश दिनांक 1 जुलाई 2017 से प्रभावी)

संस्थान/विद्यालय प्रमुख द्वारा प्रमाणपत्र

(बाल शिक्षा भत्ता अदायगी हेतु)

संदर्भ संख्या :

दिनांक :

प्रमाणित किया जाता है कि श्री /श्रीमती/ डॉ. के सुपुत्र/सुपुत्री मास्टर/कुमारी
 प्रवेश संख्या जन्म तिथि
 पिछले शैक्षणिक वर्ष से तक इस विद्यालय/संस्थान
 में कक्षा श्रेणी.....
 अनुक्रमांक..... पढ़ रही थी । विद्यालय की संबद्ध पंजीकरण संख्या/ कोड और पैटर्न
 पाठ्यक्रम है।

स्थान :

दिनांक:

प्रधानाचार्य के हस्ताक्षर
 (विद्यालय की मोहर सहित)

बाल शिक्षा भत्ता अदायगी हेतु स्वयं द्वारा घोषणा

मैं,..... (नाम) (पदनाम) एतद् द्वारा
प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरा पुत्र/पुत्री पिछले शैक्षणिक वर्ष
..... के दौरान विद्यालय में
..... कक्षा वर्ग में पढ़ा है।

मेरे द्वारा दिए गए उल्लेखित विवरण में यदि कोई परिवर्तन होता है और जो बाल शिक्षा भत्ते हेतु मेरी पात्रता को
प्रभावित करता है तो ऐसी स्थिति में, मैं तुरन्त इस संबंध में सूचित करने एवं मुझे अदा की गई अतिरिक्त भुगतान की
वापसी करने का वचन देता/देती हूँ।

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर)

नाम :

श्रेणी :

पी.संख्या :

स्थान :

दिनांक :