

(1)

## नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

### फार्म-12

(नियम 77 (2) को देखें)

पालिका परिषद् कर्मचारी की मृत्यु होने पर मृत्यु उपदान दिये जाने के लिए आवेदन-पत्र (प्रत्येक दावेदार द्वारा अलग-अलग भरा जाये और यदि दावेदार अवयस्क है तो उसकी ओर से फार्म उसके संरक्षक द्वारा भरा जायेगा। एक से अधिक अवयस्कों के मामले में उनकी ओर से संरक्षक द्वारा एक ही फार्म में उपदान का दावा किया जाये।

1. (क) दावेदार यदि अवयस्क नहीं है तो उसका नाम :  
(ख) दावेदार की जन्म तिथि :
2. (क) यदि दावेदार अवयस्क है तो संरक्षक का नाम :  
(ख) संरक्षक की जन्म तिथि :
3. (1) पालिका परिषद् के मृतक कर्मचारी का नाम जिसके संबंध में उपदान का दावा किया जा रहा है।  
(2) पालिका परिषद् कर्मचारी की मृत्यु की तिथि :  
(3) मृतक ने अन्तिम बार किस कार्यालय/विभाग में कार्य किया :
4. पालिका परिषद् के मृतक कर्मचारी के साथ दावेदार / संरक्षक का संबंध :
5. दावेदार/संरक्षक का पूरा डाक पता :
6. (1) यदि उपदान का दावा संरक्षक द्वारा अवयस्कों की ओर से किया जाता है तो अवयस्कों के नाम, उनकी आयु और पालिका परिषद् के मृतक कर्मचारी से उनका संबंध आदि :-

क्र.सं.	नाम	आयु	पालिका परिषद् के मृतक कर्मचारी से सम्बन्ध	डाक पता
---------	-----	-----	---	---------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

- (1) संरक्षक का अवयस्कों के साथ संबंध :
7. पेंशन एवं उपदान के भुगतान का स्थान परिषद् खजाना, भारतीय स्टेट बैंक की शाखा या मनीआर्डर द्वारा :

दावेदार/संरक्षक के हस्ताक्षर  
अँगूठे का निशान

9. द्वारा स्थापित

प्राचीन संस्कृत विद्या का

(क) नाम	पूरा पता	हस्ताक्षर
(क)	.....	.....
(ख)	.....	.....
10. साक्षी	पूरा पता	हस्ताक्षर
नाम	.....	.....
(क)	.....	.....
(ख)	.....	.....

- यदि प्रार्थी इतना पढ़ा-लिखा नहीं है कि अपने नाम के हस्ताक्षर भी कर सके, तभी प्रस्तुत किया जाये।
- सत्यापन दो राजपत्रित सरकारी कर्मचारियों द्वारा या जहाँ प्रार्थी रहता है उस नगर, गाँव या परगना के दो या दो से अधिक प्रतिष्ठित व्यक्तियों द्वारा किया जाये।

**नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्**  
**फार्म-3**  
**परिवार का ब्यौरा**  
**(देखें नियम 54 (12))**

पालिका परिषद् कर्मचारी का नाम .....

पदनाम .....

जन्म तिथि .....

नियुक्ति की तिथि .....

दिनांक..... को मेरे परिवार के सदस्यों का विवरण

क्र. सं.	परिवार के सदस्यों का नाम	जन्म तिथि	कर्मचारी/ अधिकारी के साथ संबंध	कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

मैं एतदद्वारा वचन देता हूँ कि किसी बढ़ोत्तरी अथवा परिवर्तन की सूचना कार्यालय प्रमुख को देकर उपर्युक्त विवरण अद्यतन रखूँगा।

स्थान :

दिनांक :

पालिका परिषद् कर्मचारी या  
उसकी पत्नी के हस्ताक्षर

इस प्रयोजन के लिये परिवार का अर्थ है कि केन्द्रीय नगर सेवा (पेंशन) नियमावली 1972 के नियम 54 के उपनियम 14 के परिच्छेद (ख) में वर्णित है।

नोट :- न्यायिक रूप से पृथक पति और पत्नी को क्रमशः पति और पत्नी के रूप में सम्मिलित किया जायेगा।

पहचान चिन्ह

परिशिष्ट-१

## नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

श्री/श्रीमती.....सुपुत्र/पत्नी श्री.....

भूतपूर्व.....विभाग,

नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्, नई दिल्ली के हस्ताक्षर, बायें अंगूठे/दायें अंगूठे के निशानों का नमूना :

2.

सत्यापित

(हस्ताक्षर)

नाम.....

पद नाम.....

रबड़ की मोहर.....

श्री/श्रीमती.....सुपुत्र/पत्नी श्री.....

भूतपूर्व.....अनुभाग,

नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्, नई दिल्ली के कद और निजी पहचान चिन्हों का विवरण :

कद :.....

निजी पहचान चिन्ह :-

1.

2.

सत्यापित

(हस्ताक्षर)

नाम.....

पद नाम.....

रबड़ की मोहर.....

पहचान चिन्ह

परिशिष्ट- ।

## नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

श्री/ श्रीमती ..... सुपुत्र/पत्नी श्री .....

भूतपूर्व ..... विभाग,

नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्, नई दिल्ली के हस्ताक्षर, बायें अंगूठे/दायें अंगूठे के निशानों का नमूना :

2.

सत्यापित

(हस्ताक्षर)

नाम .....

पद नाम .....

रबड़ की मोहर .....

श्री/ श्रीमती ..... सुपुत्र/पत्नी श्री .....

भूतपूर्व ..... अनुभाग,

नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्, नई दिल्ली के कद और निजी पहचान चिन्हों का विवरण :

कद : .....

निजी पहचान चिन्ह :-

1.

2.

सत्यापित

(हस्ताक्षर)

नाम .....

पद नाम .....

रबड़ की मोहर .....

## नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

### फार्म 18

(नियम 78(1), (80(1), (3) और (5) तथा 80-बी (1) और (5) को देखें। सेवा में रहते हुए परिषद् कर्मचारी की मृत्यु की दशा में पारिवारिक पेंशन और मृत्यु उपदान के भुगतान को निर्धारित और अधिकृत करने के लिये आवेदन-प्रपत्र।

1. परिषद् के मृतक कर्मचारी का नाम : .....
2. पिता का नाम (और यदि परिषद् कर्मचारी महिला है तो उसके पति का नाम) : .....
3. जन्मतिथि (इसवी सन् के अनुसार) : .....
4. मृत्यु की तिथि (इसवी सन् के अनुसार) : .....
5. धर्म : .....
6. जिस कार्यालय/विभाग जिसमें अन्तिम बार कार्यरत थे : .....
7. अन्तिम धारित पद : .....

  - (1) मूल
  - (2) स्थानापन्न

8. सेवा प्रारम्भ करने की तिथि : .....
9. सेवा समाप्ति की तिथि : .....
10. (1) सैनिक सेवा की कुल अवधि जिसके लिये पेंशन/उपदान स्वीकृत किया गया था और

  - (2) सैनिक सेवा के लिये प्राप्त पेंशन/उपदान की राशि और उसकी प्रकृति

11. पूर्व सिविल सेवा (यदि कोई हो) के लिये प्राप्त पेंशन की राशि और उसकी प्रकृति
12. जिन-जिन सरकारी संस्थाओं के अधीन सेवारत रहे, उनका क्रमवार विवरण।
13. वह तिथि जब पालिका परिषद् कर्मचारी की मृत्यु की सूचना, कार्यालय प्रमुख को प्राप्त हुई
14. वह तिथि जब निम्नलिखित के लिए कार्यवाही प्रारम्भ की गई

  - (1) नियम 77 में प्रावधान के अनुसार मृत्यु तथा/मृत्यु उपदान और पारिवारिक पेंशन के लिये दावेदारों से समुचित प्रपत्र में दावा या दावे प्राप्त करना।
  - (2) नियम 80-ग (1) में प्रावधान के अनुसार सम्पदा विभाग से बेबाकी प्रमाण पत्र प्राप्त करना
  - (3) नियम 80 (2) में प्रावधान के अनुसार पालिका परिषद् आवास में अधिवास से सम्बन्धित बकायों के अतिरिक्त अन्य सरकारी बकायों को निर्धारित करना और
  - (4) नियम 78 एवं 79 में प्रावधानों के अनुसार मृत्यु उपदान एवं पारिवारिक पेंशन के अपेक्षित सेवा अवधि तथा परिलब्धियों का निर्धारण

15. क्या मृत्यु उपदान के लिये नामांकन किया गया है : .....
16. मृत्यु उपदान/पेंशन के लिये अर्हक सेवा अवधि : .....

17. अनर्हक सेवा अवधि ..... से ..... तक

(1) नियम 28 के अधीन माफ किया गया सेवा व्यवधान

(2) उपदान के लिये अनर्हक असाधारण अवकाश

(3) निलम्बन अवधि जो अनर्हक मानी गई

(4) कोई अन्य सेवा जो अनर्हक मानी गई

अनर्हक सेवा की कुल अवधि :

18. (अ) मृत्यु उपदान के लिये संगणित परिलब्धियाँ :

(ब) मृत्यु उपदान की राशि :

19. (1) प्रस्तावित पारिवारिक पेंशन :

(क) बढ़ी हुई दरों (यदि मृत्यु के समय तक की गई पालिका परिषद् की सेवा 7 वर्ष से अधिक है) जैसा कि नियम 54(3) में उल्लिखित है।

(ख) साधारण दरों (जैसा कि नियम 54(2) में उल्लिखित है)

(2) पारिवारिक पेंशन प्राप्ति की अवधि ..... से ..... तक

(क) बढ़ी हुई दरों पर

(ख) साधारण दरों पर

20. वह व्यक्ति जिसे पारिवारिक पेंशन दी जानी है

(1) नाम

(2) पालिका परिषद् के मृतक कर्मचारी से सम्बन्ध

(3) पूरा डाक पता

21. उपदान से वसूलनीय पालिका परिषद् की बकाया राशि का विवरण :

(1) पालिका परिषद् आवास में अधिवास के लिये लाईसेंस शुल्क (नियम 80-सी देखिये)

(2) सम्पदा विभाग से जानकारी प्राप्त होने तक मृत्यु उपदान में से रोकी जाने वाली राशि (नियम 80-सी) (1) (5) देखिये।

(3) नियम 80-सी (2) में उल्लेखित बकाया राशि

22. जिस तिथि जिसको दावेदारों से दावे प्राप्त हुए :

23. संरक्षक का नाम जो अवयस्कों की ओर से मृत्यु एवं उपदान और पारिवारिक पेंशन का भुगतान प्राप्त करेगा।

24. भुगतान का माध्यम (न.दि.न.पा. परिषद् कोष, भारतीय स्टेट बैंक की शाखा या मनिआर्डर द्वारा)

25. मृत्यु उपदान और पारिवारिक पेंशन किस लेखा शीर्ष में जमा करवायी जानी है।

स्थान : .....

दिनांक : .....

हस्ताक्षर  
कार्यालय प्रमुख

# नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

श्रम कल्याण विभाग  
पालिका केन्द्र / नई दिल्ली

हितकारी निधि योजना के अन्तर्गत कर्मचारी की आकस्मिक मृत्यु होने की दशा में  
उसके आश्रितों द्वारा आर्थिक सहायता प्राप्त करने के लिए आवेदन पत्र

1. मृतक कर्मचारी का नाम.....
2. मृतक के पिता/पति का नाम.....
3. अनुभाग का नाम.....
4. विभाग का नाम.....
5. पदनाम..... श्रेणी.....
6. कोड नं. .... मस्टर रोल कार्ड नं. ....
7. स्थाई/अस्थाई/नियमित दैनिक वेतन भोगी.....
8. सेवा नियुक्ति की तिथि.....
9. क्या हितकारी निधि योजना में अंशदान करते थे.....
10. वास्तविक सेवा निवृत्ति की तिथि.....
11. कर्मचारी की मृत्यु की तिथि.....
12. आर्थिक सहायता का उद्देश्य.....
13. कर्मचारी के आश्रित का नाम.....
14. कर्मचारी से सम्बन्ध.....
15. हितकारी निधि योजना में अंशदान करने की पुष्टि.....

मैं सत्यनिष्ठा के साथ घोषित करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त दी गई सूचना सत्य है।

हस्ताक्षर.....

दिनांक : ..... कर्मचारी के आश्रित/आवेदक का नाम.....  
पता.....

प्रमाणित किया जाता है कि स्थापना अनुभाग में उपलब्ध रिकार्ड के अनुसार प्रार्थना पत्र में दिये गये विवरण ठीक हैं।

हस्ताक्षर

कार्यालय अधीक्षक.....  
लेखा/कम्प्यूटर/स्थापना.....

# नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

## समेकित बेबाकी प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ के बेबाकी प्रमाण पत्र देने के संबंध में सभी संबंधित विभागों को आमंत्रित किया गया था और सिवाय निम्न के उससे कुछ भी वसूल करना शेष नहीं है :—

(१) क्वाटर सं० \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ के लाइसेंस शुल्क/  
क्षति प्रभारों के लेखों में वसूली  
योग्य राशि । \_\_\_\_\_ रुपये

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(२) \_\_\_\_\_

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि \_\_\_\_\_

से बेबाकी प्रमाण-पत्र अभी तक प्राप्त नहीं हुआ है। \_\_\_\_\_

रुपये की राशि उनकी ओर बकाया है अतः बाद मैं उससे वसूली की जाने वाली \_\_\_\_\_

रु० की पालिका की बकाया राशि को पूरा करने के लिए उसके डी. सी. आर. जी. को रोक लिया जाए।

कुल वसूली योग्य राशि \_\_\_\_\_ रु०

रोकी जाने वाली राशि \_\_\_\_\_ रु०

(कार्यालय अधीक्षक)

## नई दिल्ली नगर पालिका परिषद्

### शपथ-पत्र का प्रारूप

मैं ..... विधवा, सुपुत्र एवं .....  
..... निवासी ..... एतद् द्वारा

निष्ठापूर्वक निम्न प्रकार से घोषणा करती हूँ/करता हूँ कि :-

1. स्व ..... सुपुत्र ..... नई दिल्ली नगर पालिका के ..... विभाग के अनुभाग/सर्किल नं० ..... के रूप में कार्यरत थे।
2. पालिका की नियमित सेवा करते हुए दिनांक ..... को उनका निधन हो गया और वह पीछे निम्नलिखित आधितों को छोड़ गये हैं :-

क्रम सं०	नाम	आयु	मृतक के साथ रिश्ता	व्यवसाय	अर्हता
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

3. कि मैं अपने मृतक पति की एकमात्र उस पर कानून रूप से विधवा हूँ और मेरे पास अन्य आय का कोई भी साधन नहीं है।

या

कि मैं पूर्ण रूप से मृतक पिता पर आश्रित था/थी और मेरे पास अन्य कोई भी आय का साधन नहीं है।

या

4. मेरी प्रार्थना है कि मुझे करुणामूलक आधार पर ..... रूप में नियुक्त करने की कृपा करें।

या

मेरी प्रार्थना है मेरे पुत्र / पुत्री ..... की करुणामूलक आधार पर ..... के रूप में नियुक्त करने की कृपा करें।

अभिसाक्षी

दिनांक :-

सत्यापन :-

(9)

## नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

### घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैं अभी तक विधुर / विधवा हूँ और मैंने अभी तक विवाह नहीं किया है।

मैं आगे यह भी घोषणा करता / करती हूँ कि जबसे मेरी पत्नी / मेरे पति की मृत्यु हुई है तबसे मैंने किसी भी सरकारी / अर्द्ध सरकारी / स्वायत्त निकाय में नौकरी नहीं की है।

या

आगे मैं यह घोषणा करता / करती हूँ कि मैं दिनांक..... से  
पद पर.....कार्यालय के  
विभाग में कार्यरत हूँ।

परिवार पेंशन भोगी के हस्ताक्षर

साफ अक्षरों में नाम :

पति/पत्नी का नाम :

.....भू०पू०

एतद् द्वारा मैं उपरोक्त घोषणा को प्रमाणित करता हूँ

प्रमाणित करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर

नाम एवं पद नाम.....

कार्यालय की रबड़ की मोहर.....

# नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

श्रम कल्याण विभाग

पालिका केन्द्र, नई दिल्ली

सेवा के दौरान मरने वाले, अमान्य पेंशन पर सेवा-निवृत्त होने वाले पालिका कर्मचारियों के आश्रितों को रोजगार देने के संबंध में प्रपत्र।

## भाग-1

1. क. मृतक/अमान्य पेंशन पर सेवा : .....  
निवृत्त कर्मचारी का नाम
- ख. पिता/पति का नाम : .....
- ग. पद : .....
- घ. अमान्य पेंशन पर सेवा : .....  
निवृत्त/मृत्यु की तिथि
- ङ. कुल समर्पित सेवा अवधि : .....
- च. क्या अस्थाई या स्थायी था : .....
- छ. क्या अनुसूचित जाति/  
अनुसूचित जनजाति से संबंधित था
  
2. क. नियुक्ति के लिए प्रत्याशी का नाम : .....  
कर्मचारी से संबंध : .....
- ख. जन्म-तिथि : .....
- ग. शैक्षणिक अहर्ताएं : .....
- घ. कि क्या किस अन्य आश्रित की  
करुणामूलक आधार पर  
नियुक्ति की गई
- च. घर का पता : .....  
.....  
.....
  
3. परिसम्पत्तियों जिसमें निम्नलिखित भी सम्मिलित हैं, का विवरण :-  
 क. पारिवारिक पेंशन : .....  
 ख. मृत्यु एवं सेवा-निवृत्ति उपदान : .....  
 ग. शेष सामान्य भविष्य निधि : .....  
 घ. जीवन बीमा पालिसी : .....  
 ङ. चल एवं अचल सम्पत्ति तथा परिवार : .....  
 द्वारा उससे अर्जित आय

कृ.पृ.उ.

4. दायित्वों का संक्षिप्त विवरण यदि कुछ सेवा में हैं तो उनकी आय तथा किक्या वे इकट्ठे रह रहे हैं या अलग-अलग

क्रम संख्या	नाम	आय	कर्मचारी से संबंध तथा सेवा में हैं या नहीं और परिलिखियों का विवरण
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

: घोषणा :

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूं कि मेरे द्वारा दिये गये उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सत्य हैं। यदि भविष्य में यहां दिये गये तथ्यों में से कोई गलत या असत्य पाया गया तो मेरी सेवा समाप्त कर दी जाये।

प्रत्याशी के हस्ताक्षर

मैं श्री/श्रीमती/कु.....

पिता/पति का नाम.....से परिचित हूं  
तथा उसके द्वारा दिये गये तथ्य सही हैं।

पालिका के स्थाई कर्मचारी के हस्ताक्षर

नाम : .....

पता : .....

मैंने जांच की है कि प्रत्याशी द्वारा दिये गये उपरोक्त तथ्य सत्य हैं

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

**भारतीय स्टेट बैंक की शाखाओं के द्वारा पेंशन भुगतान योजना के अन्तर्गत  
नई दिल्ली नगरपालिका परिषद् के पेंशनधारियों से बैंक द्वारा पेंशन  
के भुगतान हेतु प्राप्त किया जाने वाला शपथ-पत्र**

शाखा प्रबन्धक  
भारतीय स्टेट बैंक

.....  
.....  
.....

(न तो सत्यापित किया जाये)  
(एवं न ही मोहर लगाई जाये)

भारतीय स्टेट बैंक की शाखाओं द्वारा पेंशनधारियों को पेंशन राशि के भुगतान की योजना के अन्तर्गत, नई दिल्ली नगरपालिका परिषद् द्वारा समय-समय पर देय होने के समय मुझे प्राप्त होने वाली पेंशन राशि मेरे एकल नाम पर बचत/चालू खाते में जमा किये जाने के मेरे अनुरोध पर भारतीय स्टेट बैंक द्वारा सहमत होने पर मैं

अधोहस्ताक्षर श्री/श्रीमती .....  
पुत्र/पत्नी श्री ..... 'आयु' .....  
रिहायश .....  
.....

..... शपथपूर्वक वचन देता हूँ कि यदि ऐसी कोई रकम जमा हो गई है जिसका मैं हकदार नहीं हूँ/हूँगा, एवं उस धनराशि की जब भी बैंक मुझ से जाँच करेगा एवं राशि जो बैंक के दी जानी है, निर्णायिक रूप में राशि की वापसी मेरे द्वारा अनिवार्य होगी। मैं यहां अपने आपको एवं उत्तराधिकारियों, निष्पादकों एवं प्रशंसकों को प्रतिज्ञाबद्ध करता हूँ एवं बैंक द्वारा मेरे लेखे में योजना के अन्तर्गत, मेरी पेंशन राशि जमा करते वक्त किसी प्रकार के घटे/लागत, प्रभार, नुकसान, व्यय जिसका वहन बैंक द्वारा होगा, बैंक को भुगतान किये जाने हेतु सहमत हूँ कि उस राशि को मेरे खाते से या बैंक में मुझ से सम्बन्धित किसी अन्य जमा राशि से ले ली जाये।

मैं पुनः सहमत हूँ एवं रजामन्दी देता हूँ कि बैंक नई दिल्ली नगरपालिका परिषद् को पेंशन से सम्बन्धित कोई सूचना, जिसका भुगतान बैंक ने कर दिया है, दे सकता है एवं समय-समय पर कानूनी प्रावधानों के अनुसार ऐसे अधिकारियों हेतु बुला सकता है जो उनके ग्राहकों के लिए गुप्त खाते से सम्बन्धित किसी अन्य जमा राशि से ले ली जाये।

मैं पुनः सहमत हूँ एवं रजामन्दी देता हूँ कि बैंक नई दिल्ली नगरपालिका परिषद् को पेंशन से सम्बन्धित कोई भी सूचना, जिसका भुगतान बैंक ने कर दिया है, दे सकता है एवं समय-समय पर कानूनी प्रावधानों के अनुसार ऐसे अधिकारों हेतु बुला सकता है जो उनके ग्राहकों के लिए गुप्त खाते से सम्बन्धित बैंकों में वर्तमान में प्रचलित है।

दिनांक .....

पेंशनकर्ता के हस्ताक्षर

# नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

फार्म-14

(नियम 77 (3) और 81 (2) देखिए)

पालिका परिषद् कर्मचारी/पेंशनर की मृत्यु पर पारिवारिक पेंशन, 1964 की स्वीकृति के लिये आवेदन प्रपत्र

1. आवेदक का नाम :

- (1) विधवा/विधुर
- (2) यदि मृतक कर्मचारी का बंचा/के बच्चे  
उत्तरजीवी हों तो संरक्षक का नाम :

2. परिषद् के मृतक कर्मचारी/पेंशनर की उत्तर-जीवी  
विधवा/विधुर और बच्चों का नाम व आयु :

क्रम सं.	नाम	मृतक व्यक्ति से सम्बन्ध	जन्म तिथि (ई. सन् के अनुसार)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
3.	मृतक पेंशनर का नाम एवं पेंशन पट्टा (पी. पी. ओ) क्रमांक		
4.	पालिका परिषद् कर्मचारी/पेंशन भोगी की मृत्यु की तिथि :		
5.	पालिका परिषद् का मृतक कर्मचारी/पेंशनर/अन्तिम बार किस कार्यालय/विभाग में सेवारत था :		
6.	यदि आवेदक संरक्षक है तो उसकी जन्मतिथि और पालिका परिषद् के मृतक कर्मचारी/पेंशनर के सम्बन्ध :		
6.ए	यदि प्रार्थी एक विधवा या/विधुर है तो पति/पत्नी की मृत्यु के समय सेवा पेंशन की वह राशि जो वह प्राप्त कर रही होती/होता।		
7.	प्रार्थी का पूरा पता		
8.	पेंशन एवं उपदान के भुगतान का स्थान न.दि.न.पा.परिषद् कोष भारतीय स्टेट बैंक की शाखा एवं मनीआर्डर		
9.	संलग्नक :		
	(1) प्रार्थी के विधिवत् सत्यापित दो नमूना हस्ताक्षर (अलग-अलग कागजों पर करें)		
	(2) प्रार्थी के विधिवत् सत्यापित तीन पासपोर्ट आकार के फोटो		
	(3) प्रार्थी के विधिवत् सत्यापित बायें/दायें हाथ के अंगूठे और अंगुलियों के निशान की दो प्रतियाँ		
	(4) प्रार्थी का विधिवत् रूप से सत्यापित विवरण		

# संघीय नागरिकता प्रमाण प्रस्तुति इन

जिसमें (क) कद और (ख) हाथ चेहरे आदि  
पर यदि कोई वैयक्तिक चिन्ह हों।

(यदि संभव हो तो कम से कम दो कुछ  
विशिष्ट चिन्हों का उल्लेख करें) (दो प्रतियां  
प्रस्तुत की जायें)

- (5) आयु प्रमाण-पत्र (मूल प्रमाण पत्र, दो सत्यापित  
प्रतियों सहित) जिसमें/जिनमें बच्चों की  
जन्मतिथि दिखाई गई हो। (यह प्रमाण-पत्र  
नगरपालिका प्राधिकरण द्वारा जारी अथवा  
स्थानीय पंचायत द्वारा अथवा यदि बच्चा  
किसी मान्यता प्राप्त स्कूल में पढ़ रहा है  
तो उस स्कूल के प्रधान द्वारा जारी होना  
चाहिये।

यह जानकारी ऐसे बच्चे या बच्चों के मामले  
में प्रस्तुत की जानी चाहिए जिसके या जिनके  
जन्मतिथि संबंधी विवरण कार्यालय प्रमुख के  
पास उपलब्ध न हों।

10. उल्लेख करें कि क्या पारिवारिक पेंशन किसी अन्य  
स्त्रोत जैसे सेना या राज्य सरकार और/या सार्वजनिक  
क्षेत्र के उपक्रम/स्वायत्त-शासी निकाय/केन्द्रीय या  
राज्य सरकार के अधीन स्थानीय निधि से प्राप्त है।
11. प्रार्थी के हस्ताक्षर या बायें हाथ के अंगृहे का निशान।
12. निम्नलिखित द्वारा सत्यापित :-

नाम	पूरा पता	हस्ताक्षर	रबड़ मुहर
1.			
2.			

13. गवाही :-

नाम	पूरा पता	हस्ताक्षर
1.		
2.		

यदि प्रार्थी इतना पढ़ा लिखा नहीं है कि अपने नाम के हस्ताक्षर कर सके, तो प्रस्तुत किया जाये। पुरुष के लिये “बायें हाथ  
के” तथा स्त्री के लिये “दायें हाथ के”

- नोट (1) अवयस्क बच्चे की ओर से पारिवारिक पेंशन के लिए आबंटन करते समय विधवा ने यदि पुर्नविवाह कर लिया है तो विधवा  
(1) अपने पुर्नविवाह की तिथि (2) खजाना/उपखजाना जहाँ से पेंशन प्राप्त करने की इच्छुक है (3) पारिवारिक पेंशन के लिए  
आवेदन में अपना पूरा पता सूचित करें। न तो नया प्रार्थना-पत्र और न ही कोई दस्तावेज देने की आवश्यकता है क्योंकि ये सूचनाएं  
पेंशन कागजों जिनपर पारिवारिक पेंशन मूल रूप से आपको स्वीकृत की गई थी, में पहले से ही उपलब्ध है।
- (2) सत्यापन भारतीय सेवा के दो राजपत्रित कर्मचारियों या कोई भी दो या अधिक उन व्यक्तियों द्वारा जो शहर, गांव या परगना जहाँ  
प्रार्थी निवास करता है के जिम्मेदार व्यक्ति हों।

## नई दिल्ली नगरपालिका परिषद्

नागर पेंशन (विनियम) नियमों के नियम 4 के अधीन पेंशन विनियम के लिए प्रमाण पत्रः

---



---



---

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_  
 सुपुत्र, पत्नी \_\_\_\_\_ भ.पू. \_\_\_\_\_

---



---

अनुभाग नई दिल्ली नगरपालिका परिषद् के विरुद्ध किसी प्रकार की न्यायिक या विभागीय कार्यवाही नहीं की गई है / चल रही है।

कार्यालय अधीक्षक

(जी.सी)

(14)

We confirm that beneficiary mention above is the person appointed by the member to receive the benefit under the Scheme.

Dated at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of  
\_\_\_\_\_  
20\_\_\_\_\_

Signature of Head of Department/  
Authorized Signatory

**WITNESS:**

Signature: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Discharge Receipt**

Received a sum of Rs. \_\_\_\_\_  
(Rs. \_\_\_\_\_ from the Life Insurance Corporation of India in full and final Settlement of all our claims and demands in respect of Shri/Smt. \_\_\_\_\_ Assurance No. \_\_\_\_\_ under Master Policy No. \_\_\_\_\_ who expired / Left

Service / retired on \_\_\_\_\_

Dated at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of  
\_\_\_\_\_  
20\_\_\_\_\_

Revenue  
stamp  
Rs. 1/-

Signature of the authorized signatory

Name : \_\_\_\_\_

Designation: \_\_\_\_\_

(OFFICE STAMP)

**WITNESS:**

Signature: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Designation: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

## LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

"DIVISION OFFICE NEW DELHI"

## CLAIM FORM

CLAIMING BENEFITS PAYABLE UNDER GROUP SAVING LINKED INSURANCE SCHEME

MASTER POLICY No. GSLI / 46864 (NDMC)

(To be completed by the Grantees)

1.	Name of Institution	NDMC, PALIKA KENDRA, NEW DELHI-110001
2.	Master Policy No.	GSLI/46864
3.	Name of the Insured Member	
4.	Employees/assurance No./Sr. No. in the list	
5.	Category/Salary Grade	
6.	Amount of Insurance Cover	
7.	Date of Birth	
8.	Date of Entry in the Scheme	
9.	Amount of Monthly Contribution recovered from the Insured member	
10.	If there has been a change in the monthly contribution during the membership, Indicate dates of change and the revised contribution	
11.	Due date of payment of first contribution (Indicate day, month & year)	
12.	Date of exit from the Scheme	
13.	Due date for the payment of last contribution (Indicate day, month & Year)	
14.	The date on which the last contribution was paid to the corporation	
15.	Mode of Exit (Death/Retirement/Resignation, Termination of Service)	
16.	Cause of Death (in case of exit by death)	
17.	Was the member absent on ground of ill health on the date of entry in to the Scheme (If so, give detail of leave)	
18.	Name of beneficiary and relationship to the member (in case of death)	
19.	Nature of proof of death (Please Enclose Original Death Certificate)	
20.	Whether any premium remains unpaid during membership, if so, give details	

We declare that the above particulars are true and correct and the above member was an insured member covered under the scheme on the date of his exit and that all premiums have been paid to the corporation on his behalf.

Head of Department/Office (with Stamp)