

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

आकस्मिक / प्रतिबंधित अवकाश के लिए आवेदन पत्र

APPLICATION FOR CL/RH

1. नाम / Name : _____
2. पदनाम/ Designation _____
3. अनुभाग / Section _____
4. कारण जिसके लिए अवकाश मांगा गया Reasons for which leave applied _____
5. कितने दिन का आकस्मिक अवकाश / प्रतिबंधित अवकाश अवेदित किया गया ।
No. of days casual leave / RH applied for _____
6. वर्तमान वर्ष में कितने दिन का अवकाश अर्जित किया गया ।
No. of leave availed during the calendar year _____
7. आकस्मिक / वैकल्पिक अवकाश के दौरान पता / Address during CL/RH _____

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant

सिफारिश की गई / सिफारिश नहीं की गई

8. Recommended/ Not Recommended _____

प्रमुख के हस्ताक्षर

Signature of Head

अनुमोदित / अनुमोदित नहीं

9. Sanctioned / Not Sanctioned

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of Competent authority

इंदराज संख्या / Entry No. _____

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

प्रतिपूरक अवकाश के लिए अवेदन पत्र
Application for Compensatory Off

- 1 नाम / Name : _____
- 2 पदनाम / Designation : _____
- 3 अनुभाग / Section _____
- 4 दिन व दिनांक प्रतिपूरक अवकाश की आवश्यकता है । Day & Date
OFF required _____
5. किस दिन के बदले में OFF in lieu of : _____

जिस दिन कार्य किया गया (घण्टे)

Duty performed(Hrs.)

क्रम संख्या Sr.No.	दिनांक से Date	From	तक To	कुल घण्टे Total Hrs.	सामान्य घण्टे Normal Hrs.	अतिरिक्त कार्य Extra Hrs.	सुरक्षा पर्यवेक्षक द्वारा सत्यापन Verification by CTSS
1							
2							
3							
4							

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

सिफारिश की गई / सिफारिश नहीं की गई
Recommended/ Not Recommended

समूह प्रमुख के हस्ताक्षर
Signature of Group Head

अनुमोदित / अनुमोदित नहीं
Sanctioned / Not Sanctioned

निदेशक / Director

इंदराज संख्या / Entry No. _____

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

अंतिम दौरा कार्यक्रम
Final Tour Programme

1. कर्मचारी का नाम / Name of Employee _____
2. पदनाम / Designation _____
3. वेतनमान / Basic Pay _____
4. दौरा कार्यक्रम / Tour Programme _____

5 प्रस्थान / Departure

आगमन / Arrival

दिनांक Date	समय Time	स्थान Place	दिनांक Date	समय Time	स्थान Place	यात्रा का माध्यम Mode of Travel	किराया Fare रु Rs.	पैसे Paise

यात्रा का उद्देश्य _____

Purpose of Journey

रु _____ अग्रिम राशि ली गई _____ (शब्दों)

Advance Taken : Rs. (In Words

दिनांक _____ को

On Dated:

दिनांक / Date: _____

हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name:

Head / प्रमुख

दौरा अनुमोदित / दौरा अनुमोदित नहीं
Tour Approved/ Not Approved

निदेशक
Director

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

Tentative Tour Programme

1. कर्मचारी का नाम / Name of Employee _____
1. पदनाम / Designation _____
3. मूल वेतन / Basic Pay _____
4. दौरा कार्यक्रम / Tour Programme _____
5. प्रस्थान / Departure _____ आगमन / Arrival _____

दिनांक Date	समय Time	स्थान Place	दिनांक Date	समय Time	स्थान Place	यात्रा का माध्यम Mode of Travel	किराया Fare रु पै Rs. P

यात्रा का उद्देश्य / Purpose of Journey _____

कितनी अग्रिम राशि की आवश्यकता है (रु _____ शब्दों में)

Amount of Advance Required : Rs.
(In Words)

किस तारीख को / On Dated:

दिनांक / Date:

हस्ताक्षर /Signature

नाम / Name:

प्रमुख / Head

दौरा अनुमोदित / दौरा अनुमोदित नहीं
Tour Approved/ Not Approved

निदेशक
Director

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

संख्या / No. _____

दिनांक / Date _____

कार्यालय आदेश

Office Order

श्री / श्रीमति _____ को आदेश संख्या _____ दिनांक _____

के द्वारा _____ दिन का अर्जित अवकाश / अर्ध वेतन अवकाश / परिवर्तित अवकाश प्रदान किया जाता है ।

Earned leave/ Half pay leave / Commuted leave for _____ days / froms _____ to/

sanctioned of Sh./ Smt _____ vide _____ order Dated _____.

अर्जित अवकाश / परिवर्तित अवकाश ग्रहण करने के बाद उनके खाते में _____ दिन का अवकाश देय है ।

After availing EL/Commuted Leave _____ days is due in his/her leave account.

यह प्रमाणित किया जाता है कि अगर वह अवकाश पर न जाते तो अपने वर्तमान पद पर कार्य करते रहते ।

Certified that he/she would have continued to work on his existing post but for proceeding on leave for the above period.

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि अवकाश की समाप्ति पर उन्होंने उसी पद पर कार्यभार ग्रहण कर लिया है जिस पर वह अवकाश पर गए थे ।

Certified also that after the expiry of leave/ he/she has been posted to the same post and station from which he /she proceeded on leave.

उप निदेशक

प्रतिलिपि : संबंधित कर्मचारी

Copy to: Individual Concerned

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

अर्जित अवकाश या अवकाश बढ़ाने के लिए आवेदन पत्र

Application for Earned Leave or for Extension of Leave

1. कर्मचारी का नाम / Name of applicant
2. पदनाम / Post held
3. विभाग, कार्यालय एवं अनुभाग / Department, Office and Section
4. वेतन / Pay
5. वर्तमान पद पर मिलने वाले अन्य प्रतिपूरक भत्ते /
House rent and other compensatory allowance drawn in the present post
6. आवेदित अवकाश की प्रकृति एवं अवधि एवं तारीख जिससे आवेदन किया गया /
Nature and period of leave applied for and date from
Which required
7. रविवार एवं शनिवार, जिन्हें पहले व बाद में जोड़ना चाहते हैं /
Sundays, and holidays, if any proposed to be prefixed/
Suffixed to leave
8. कारण जिस लिए अवकाश आवेदित किया गया है / Grounds on which leave is applied for
9. पहले अवकाश से किस दिन वापिस आए थे, तथा उस अवकाश की प्रकृति एवं अवधि /
Date of return from last leave, and the nature and
Period of that leave
10. मैं वर्तमान अवकाश के दौरान, ब्लाक वर्ष _____ के लिए
अवकाश यात्रा रियायत का लाभ उठाना चाहता हूँ ।
I propose/do not propose to avail myself of leave travel
Concession for the block yearsduring the
ensuring leave
11. अवकाश की अवधि के दौरान पता / Address during leave period

आवेदक के हस्ताक्षर(तारीख के साथ) / Signature of Applicant (with date)

12. नियंत्रण अधिकारी की अभियुक्ति एवं / या सिफारिश
Remarks and/or recommendation of the controlling Officer

हस्ताक्षर (तारीख के साथ) / Signature (with date)

पदनाम / Designation

अवकाश की स्वीकार्यता के संबंध में प्रमाणपत्र

CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE

13. प्रमाणित किया जाता है कि (अवकाश की प्रकृति) _____(अवधि)_____ से _____ तक
केन्द्र सरकार सिविल सेवा (अवकाश) नियम, 1972 के _____नियम के अधीन स्वीकार्य है । _____ दिन
का अवकाश उपलब्ध है ।

Certified that(nature of leave) for(period) from
..... to is admissible under Rule
of the Central Civil Services (Leave) Rules, 1972. The leave available is.....days.

हस्ताक्षर (तारीख सहित) / Signature (with date)

पदनाम / Designation

14. अवकाश प्रदान करने वाले सक्षम प्राधिकारी के आदेश / Orders of the authority competent to grant
leave.

हस्ताक्षर (तारीख सहित) / Signature (with date)

पदनाम / Designation

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

समाचार पत्र / मैगजीन बिल की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन पत्र

Application form to reimbursement of News paper/magazine bills

1. नाम / Name _____

2. पदनाम / Designation _____

3. अनुभाग / Section _____

4. बिल का विवरण / Detail of Bills

माह Month	समाचार पत्र / मैगजीन का नाम Name of Magazine/ News Paper	मात्रा No. of Issue	दर Rate	राशि Amount	बिल की राशि Amount of Bill	बिल संख्या Bill no.	अभियुक्ति Remarks

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त समाचार पत्र / मैगजीन बिलों की राशि की अदायगी वास्तव में मैंने की है ।

I hereby certify that the amount of above mentioned Newspaper/Magazine bill actually paid by me.

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

विषय / Subject: अनुमति के संबंध में / Sanction Regarding

क्रम संख्या Sr. No.	कार्य का विवरण Description of Work	मात्रा Qty	लगत / प्रभार लगेगा Cost/Charges Involved	अभियुक्ति Remarks

रु _____ रु _____ की अनुमति प्रदान की जाए ।
It is requested that sanction for Rs. _____ (Rupees _____)

मांगकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of Indenter

प्रमुख / Head

सहायक
Assistant

अनुभाग अधिकारी
Section officer

उप निदेशक
Deputy Director

रु _____ अनुमोदित

Sanctioned Rs. _____

निदेशक
Director

खजांची / Cashier

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

कार्यभार ग्रहण रिपोर्ट

Joining Form

मैंने _____ (नाम व पदनाम) ने
_____ से _____ तक _____ दिन का अवकाश ग्रहण करने के
पश्चात कार्यभार ग्रहण कर लिया है ।

दिनांक

प्रभाग प्रमुख

पदनाम व हस्ताक्षर

निदेशक

I _____ (Name & Designation) join the office,
after availing _____ leave from _____ to _____
no. _____ of days.

Signature & Designation

Date _____

Head of Division

Director

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

त्योहार अग्रिम के लिए प्रपत्र / Proforma for Festival Advance

- 1 नाम व पदनाम _____
Name & Designation
- 2 कितनी अग्रिम राशि की आवश्यकता है _____
Amount of advance required
- 3 मूल वेतन _____
Basic Pay
- 4 क्या अस्थायी / अर्ध स्थायी / स्थायी _____
Whether Temp./Q.P./ PMT.
- 5 किस तारीख से निरंतर सेवा है । _____
Date from which continuously in Service
- 6 पहले कब और किस त्योहार अग्रिम कब अग्रिम राशि ली थी _____
When was the last advance drawn
- 7 क्या पहले लिये गए अग्रिम की राशि बकाया है _____
Whether recovery of the previous advance is still outstanding

दिनांक / Date

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant
अनुभाग / Section

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

प्रथम नियुक्ति के अवसर पर तथा तत्पश्चात (1.1.2009) की स्थिति के अनुसार
 वर्ष 2008 के लिए अचल सम्पत्ति के विवरण पत्र

- 1 अधिकारी का नाम _____
- 2 वर्तमान पद _____
- 3 सेवा का नाम जिसमें काम कर रहे हैं _____
- 4 वर्तमान वेतनमान तथा मूल वेतन _____

जिला उप - मण्डल (सब डिवीजन), तालुकक तथा ग्राम का नाम, जहां सम्पत्ति स्थित है ।	सम्पत्ति का नाम तथा विवरण आवासीय अन्य वर्तमान तथा भूमि मूल्य भवन	यदि यह स्वयं के नाम पर नहीं है, तो किसके नाम पर है क्रय द्वारा अथवा सरकारी कर्मचारी से क्या संबंध है ।	किस प्रकार उपार्जित की गई क्रय द्वारा , पट्टे पर ** ली गई बंधक रखकर, उत्तराधिकारी , उपहार अथवा अन्य किसी माध्यम द्वारा सम्पत्ति प्राप्त करने की तारीख जिससे प्राप्त की गई उस व्यक्ति / व्यक्तियों / के नाम तथा विवरण ।	सम्पत्ति से टिप्पणी होने वाली वार्षिक आय			
1	2	3	4	5	6	7	8

हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

नीचे दर्शाए विवरण के अनुसार श्री _____ पदनाम _____
 _____ अनुभाग _____ द्वारा संचलन आदेश संख्या (Movement Order
 No.) दिनांक _____ के द्वारा सरकारी दौरे के समय सरकारी सामान को ले जाने पर खर्च किये गए व्यय
 की प्रतिपूर्ति ।

दिनांक	से _____ तक _____ यात्रा की		वाहन का माध्यम	व्यय का विवरण	कुल अदा योग्य

सामान का विवरण _____

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपर्युक्त व्यय वास्तव में किया है तथा पहले यह दावा नहीं किया ।

हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

अनुभाग अधिकारी की अभियुक्ति :

अनुमोदित / अनुमोदित नहीं

निदेशक के हस्ताक्षर

रु _____ (रु _____) के लिये स्वीकृत व पारित ।

उप निदेशक

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली

Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

संख्या / Sr. No.....

दिनांक/Date.....

संगठन का नाम

Name of the Orgn.....

समान ले जाने वाले व्यक्ति का नाम

Name of the individual carrying the

article(s).....

क्रम संख्या Sr. No.	कार्य संख्या / Job No. एसआरएफ संख्या SRF No.	मद का नाम / Name of item	मॉडल संख्या/ Model No.	मद का क्रम संख्या / Sr. no. of item	मात्रा / Qty.	वापसी / वापसी नहीं Returnable/ Non- Returnable	अभियक्ति / उद्देश्य Remarks / Purpose

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर

Signature of Customer

सामान ले जाते समय कृपया उसकी कार्य स्थिति, स्टीकर, पार्ट आदि की जांच कर लें ।

Please Check the functional status, Stickers, Accessories, before collection of the item.

जारीकर्ता अधिकारी

Issuing Authority

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

वरिष्ठ हिन्दी अनुवादकों / कनिष्ठ हिन्दी अनुवादकों की गोपनीय रिपोर्ट का फार्म
FORM OF CONFIDENTIAL REPORT OF SENIOR / JUNIOR
HINDI TRANSLATORS
रिपोर्ट की अवधि/वर्ष/ Period / Year under report

भाग - I वैयक्तिक ब्यौरे

Part - I Personal Data

(मंत्रालय / विभाग / कार्यालय से संबंधित प्रशासनिक अनुभाग द्वारा भरे जाने के लिए)
(To be filled by the Administrative Section of the Ministry/ Department / Office)

1. अधिकारी का नाम
Name of Officer
2. वर्तमान पद और उस पर लगातार नियुक्ति की तारीख
Present post and date of continuous appointment thereto
3. जन्म की तारीख
Date of birth
4. क्या अधिकारी अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति का है ?
Whether the officer belongs to Schedule caste / Schedule Tribe ?
5. वर्ष के दौरान छुट्टी, प्रशिक्षण आदि पर होने के कारण
डियूटी से अनुपस्थिति की अवधि । अगर कोई
प्रशिक्षण लिया है तो उल्लेख करें ।

Period of absence from duty on leave, training etc.
during the year, if he has
undergone any training. Please specify.

भाग - II स्वयं मूल्यांकन

Part-II Self Appraisal

(जिस अधिकारी की रिपोर्ट लिखी जानी है, उसके द्वारा भरे जाने के लिए)
(To be filled by the officer reported upon)

1. ड्यूटियों का संक्षिप्त विवरण
Brief description of
2. तक के वर्ष / अवधि में किए गए कार्य तथा आपकी वर्ष / अवधि की विशेष उपलब्धियों का सारांश दीजिए । यदि उपलब्धियों में कमी रही हो तो कारण बताइए ।
(दिया जाने वाला सारांश नीचे दिए गए स्थान में आ जाना चाहिए तथा 100 शब्दों तक होना चाहिए और उसके नीचे हस्ताक्षर किए जाने जरूरी है)

Brief resume of the work done by you during the year / period from.....to.....bringing out any special achievements during the year/ period. In the event of short fall in achievements furnish reasons. (The resume to be furnished within the space provided limited to 100 words and to required to be signed.) उपरोक्त अवधि के दौरान निम्न कार्य किए :

भाग - III रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी द्वारा मूल्यांकन
Part- III Assessment of the Reporting Officer

(कृपया प्रविष्टियों को भरने से पूर्व कार्य के अन्त में दिए गए अनुदेशों को ध्यान से पढ़ लें।)

(Please read carefully the instructions given at the end of the form before filling the entries)

1. क्या रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी भाग-II, में दिए गए विवरण से सहमत हैं? यदि नहीं तो कहां तक असहमत हैं और उसके क्या कारण हैं ?

(Does the reporting officer agree with the statement made in part II, if not, the extent of disagreement and reasons therefore).

2. स्वास्थ्य

State of Health

- 3 सामान्य बुद्धिमत्ता और सीखने की लगन

General Intelligence and keenness to learn

- 4 काम के नेमी पहलुओं जैसे अनुवाद कार्य तथा साप्ताहिक डायरियों और रिकार्ड को ठीक प्रकार से रखने की ओर ध्यान ।

Attention to routine aspects of work, such as proper maintenance of daily and weekly dairies and record of translation work.

- 5 कार्यालय कार्यपद्धति का ज्ञान

Knowledge of office procedure

- 6 (प) अनुवाद की शब्दावली, शब्दकोश विज्ञान, व्याकरण तथा भाषा विज्ञान का ज्ञान

Knowledge of terminological, lexicographical, grammatical and linguistics aspects of translation.

- 6 (2) इस बात की सावधानी रखते हुए कि मूल रूप रूपान्तर निष्ठापूर्वक करने पर भी सरलता, अभिव्यक्ति का स्वाभाविक स्वरूप तथा बोधगम्यता बनी रहे, जल्दी तथा सही अनुवाद करने की योग्यता।
Ability to translate with speed and accuracy taking care to see that faithful rendering of the original does not effect simplicity, natural form of express and intelligibility.
- 6 (3) भाषाओं के स्वरूप को समझने की क्षमता तथा पुनरीक्षण करते समय सुधारने की योग्यता
Comprehension of the language and ability to effect improvement in the process of vetting .
- 6 (4) उच्चाधिकारियों द्वारा सुधारे गए अनुवाद में दिखाई गई गलतियों और त्रुटियों को न दोहराने के प्रति ध्यान ।
Attention to avoidance of mistakes and defective translation pointed out by the superior officers.
- 7 काम के निपटान में तत्परता
Promptness in disposal of work
- 8 अनुशासन बढ़ता
Amenability to discipline
- 9 हाजिरी में समय की पाबंदी
Punctuality in attendance
- 10 साथी कर्मचारियों के साथ संबंध/जन संपर्क (जहां लागू हो)
Relations with fellow employees / Public relations (Wherever applicable)
- 11 सत्यानिष्ठा
Integrity
- 12 क्या रिपोर्ट की अवधि के दौरान लापरवाही से काम करने या अन्य कारणों से अधिकारी की भर्त्सना की गई है ? यदि हां तो उसका संक्षिप्त ब्यौरा दें ।
Has the officer been reprimanded for indifferent work or other causes during the period under report ? if so, please give brief particulars.

- 13 क्या अधिकारी ने प्रशंसा योग्य कोई उत्कृष्ट या उल्लेखनीय कार्य किया है ? यदि हां, तो उसका ब्यौरा दें ।
Has the officer done any outstanding or notable work meriting commendations ? If so, briefly mention them.

14 कोटि निर्धारण

(उत्कृष्ट / बहुत अच्छा / अच्छा/ औसत/ औसत से कम)

(Outstanding / Very Good / Good / Average / Below Average)

(किसी अधिकारी को तब तक उत्कृष्ट नहीं दी जानी चाहिए जब तक कि उसमें उच्च कोटि के गुण तथा कार्य निष्पादन देखने में न आया हो । ऐसे कोटि निर्धारण के लिए कारणों का स्पष्ट उल्लेख किया जाना चाहिए ।)

(An officer should not be graded outstanding unless exceptional qualities and performance have been noticed. Grounds for giving such a grading should be clearly brought out.)

स्थान / Place
तारीख / Date

रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Reporting Officer

नाम साफ अक्षरों में
Name in block letter

रिपोर्ट की अवधि पदनाम
Designation during the period of report

भाग - IV पुनरीक्षण अधिकारी द्वारा अभियुक्तियां
Part- IV Remarks by Reviewing Officer

1. पुनरीक्षण अधिकारी के अधीन की गई सेवा की अवधि
Length of service under the Reviewing Officer
2. क्या पुनरीक्षण अधिकारी इस बात से संतुष्ट है कि रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी ने अपनी रिपोर्ट उचित सावधानी और ध्यानपूर्वक तथा सभी संगत बातों को ध्यान में रखते हुए दी है ?
Is the reviewing Officer satisfied that the Reporting Officer has made his/ her report with due care and attention and after taking into account all the relevant material ?
3. क्या आप रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी द्वारा किए मूल्यांकन से सहमत हैं ?
Do you agree with the assessment of the officer given by the Reporting Officer ?
4. जिस अधिकारी की रिपोर्ट लिखी जा रही है, यदि अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति का है, तो कृपया इस बात को विशेष रूप से बताएं कि क्या अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति के अधिकारी के कार्य निष्पादन का मूल्यांकन करते समय दृष्टिकोण अपना रहा है उचित रहा है ?

If the officer reported upon is a member of a Scheduled Caste / Tribe please indicate specially whether the attitude of the Reporting Officer in assessing the performance of the SC/ ST Officer has been fair and just ?

5. रिपोर्ट लिखने वाले अधिकारी द्वारा दी गई सामान्य अभियुक्तियों के बारे में विशिष्ट टिप्पणियों के साथ सामान्य अभियुक्तियों और कोटि निर्धारण सहित अधिकारी के सराहनीय कार्य के बारे में अभियुक्तियां ।

General remarks with specific comments about the general remarks given by the Reporting officer and Remarks about the meritorious work of the officer including grading.

6. क्या अधिकारी में ऐसी कोई विशेषताएं तथा / अथवा योग्यताएं हैं, जिनके कारण विशेष कार्य के लिए उसका चुना जाना या बारी न होते हुए भी उनकी पदोन्नति उचित हो ? यदि हां, तो विशेष रूप से बताएं ।
Has the officer any special characteristics and/ or any abilities which would justify his/her selection for special assignment or out of turn promotion ? if so, specify.

स्थान / Place

पुनरीक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर

तारीख / Date

Signature of the Reviewing Officer

नाम साफ अक्षरों में
Name in block letters:

रिपोर्ट की अवधि में पदनाम :
Designation during the period of report :

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

संख्या 2(13)/2003-
टिप्पण संख्या

केन्द्र के निम्न अधिकारियों की वार्षिक वेतन वृद्धि दिनांक से देय है ।

क्रम संख्या	नाम व पदनाम	वेतनमान	वर्तमान मूल वेतन	वेतन वृद्धि की दर	वेतनवृद्धि उपरांत मूल वेतन	अभियुक्ति
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

उपरोक्त कर्मचारी _____ के प्रथम कार्यदिवस पर अपने कार्य पर उपस्थित थे ।

कृपया उपरोक्त कर्मचारियों की वार्षिक वेतन वृद्धि के आहरण की अनुमति दी जाए ।

सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक

संस्वीकृति आदेश

समय समय पर संशोधित सामान्य भविष्यनिधि (केन्द्रीय सेवा) नियमावली 1960 के नियम 12 () और नियम 12 () के अंतर्गत इलेक्ट्रानिकी परीक्षण तथा विकास केन्द्र, मोहाली में कार्यरत श्री /श्रीमती / कु

को उनके सामान्य भविष्यनिधी खाता सं में से अपने /अपनी पर व्यय करने के संबंध में रु (रु) की अग्रिम राशि प्रदान करने के लिए राष्ट्रपति जी की संस्वीकृति प्रदान की जाती है ।

2 अग्रिम की राशि की वसूली मास के वेतन से शुरू करके की प्रत्येक मासिक किशतो में की जाएगी ।

3 उन्हें पहले संस्वीकृति की समेकित अग्रिम राशि में से रुपये की राशि नीचे निर्दिष्ट समेकित राशि की वसूली के शुरू होने तक बकाया रहेगी । इस राशि की वसूली अब संस्वीकृति अग्रिम राशि के साथ मिलाकर कुल की मास के वेतन से शुरू करके की प्रत्येक मासिक किशतो में की जाएगी ।

4 दिनांक की श्री / श्रीमती / कु की जमा शेष राशि का ब्यौरा नीचे दिया गया है ।

- i 200 - 200 वर्ष की लेखा परची के अनुसार शेष राशि
ii बाद में जमा की गई राशि

अंशदान

वसूली

III कालम 1 और II का कुल योग

IV बाद में निकाली गई राशि, यदि कोई है,

V संस्वीकृति की तारीख को शेष कालम III व IV

उप निदेशक

प्रतिलिपि

- 1 रोकड अनुभाग (2 प्रतियां)
- 2 श्री / श्रीमती / कु
- 3 वेतन एवं लेखा अधिकारी भारत सरकार , इलेक्ट्रानिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग, 6, सी जी ओ लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003
- 4 संस्वीकृति फाईल ।

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

सेवा में,

वेतन व लेखा अधिकारी
भारत सरकार
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
6, सी जी ओ काम्प्लेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003

विषय :- श्री / श्रीमती / कु _____ द्वारा सामान्य भविष्य निधि
से आहरण (Withdrawal)

महोदय,

मुझे सामान्य भविष्य निधि नियमावली के नियम 15(1) _____, 16(1), 16(2), केन्द्रीय
सेवा नियम 1960, के तहत श्री / श्रीमती / कुमारी
_____ द्वारा रु _____ (रु
_____ मात्र) की राशि उनके निधि लेखा संख्या
_____ से आहरण (Withdrawal) की निदेशक की संस्कृति सूचित करने का निदेश हुआ है
जिससे कि वे _____ से संबंधित व्यय को पूरा कर सकें ।

2 आहरण की राशि उनके 6 माह के मूल वेतन से _____ है तथा कुल जमा
राशि के _____ से _____ है । उनका मूल वेतन
_____ रु है ।

3 प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती / कु / _____ अधिवर्षिता पर अपनी
सेवानिवृत्ति के 10 वर्षों के भीतर है अथवा उन्होंने दिनांक _____ को _____ वर्ष
की अपनी सरकारी सेवा पूरी कर ली है ।

4 यह भी प्रमाणित किया जाता है कि सामान्य भविष्य निधि से आहरण सहित सभी सरकारी स्रोतों से श्री / श्रीमती/
कुमारी _____ द्वारा भवन निर्माण के प्रयोजनार्थ आहरित कुल राशि भवन निर्माण के प्रयोजनार्थ अग्रिम मंजूरी के
लिए निर्माण और आवासन मंत्रालय के नियम 2 (क) (ख) के तहत समय - समय पर निर्धारित अधिकतम सीमा से
अधिक नहीं है ।

5 आज की स्थिति के अनुसार श्री /श्रीमती / कु _____ के खाते में शेष राशि का ब्यौरा नीचे दिया गया है :

- (1) वर्ष _____ की लेखा पर्ची के अनुसार शेष राशि :
- (2) अंशदान :
- (3) वापसी :
- (4) कालम (1) से (3) तक का योग :
- (5) बाद में निकाली गई राशि, यदि कोई हो :
- (6) संस्वीकृत की तारीख को शेष कालम (4) – (5) :

6. श्री/श्रीमती/कु _____ को वर्ष _____ के लेखा विवरण के बाद _____ के जरिए _____ रु की राशि का पिछला आंशिक - अंतिम आहरण इस कार्यालय द्वारा संस्वीकृत किया गया था । श्री / श्रीमती / कु _____ ऐसा मानते हैं (जैसा कि उन्होंने उल्लेख किया है) कि उन्हें _____ द्वारा _____ रु का पिछला आंशिक - अंतिम आहरण संस्वीकृत किया गया है ।

भवदीय

उप निदेशक

प्रति प्रेषित

1 रोकड़ अनुभाग

2 श्री / श्रीमती / कु _____ को उनका ध्यान सामान्य भविष्य निधि (सीएस) नियमावली के नियम 16(2) के प्रावधानों की ओर आकृष्ट किया जाता है । जिसके अनुसार निधि से धन आहरण के लिए अनुमत्य अंशदाता को संस्वीकृत करने वाले प्राधिकारी को इस बात के लिए संतुष्ट करना चाहिए कि धन का उसी प्रयोजन के लिए उपयोग हुआ है जिसके लिए इसे यिया गया है । इसलिए धन आहरित करने के छः माह के भीतर कृप्या इस आशय का प्रमाण पत्र प्रस्तुत करें कि आहरित राशि का उसी प्रयोजन के लिए उपयोग किया गया है जिसके लिए इसे संस्वीकृत किया गया है।

3 स्थापना उपयोग

4 सामान्य भविष्य निधि फोल्डर

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

संख्या

दिनांक :

विषय : रसीद का अग्रेषण ।

संदर्भ संख्या :

महोदय,

उपरोक्त के संदर्भ में आपके द्वारा दिए गए डीमाण्ड ड्राफ्ट संख्या
दिनांक रु /- की राशि के लिए, रसीद संख्या दिनांक सलंगन है ।

भवदीय

सलंगन : यथोपरि

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

()

दिनांक

वेतन व लेखा अधिकारी
भारत सरकार
इलेक्ट्रॉनिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
(Department of Information Technology)
इलेक्ट्रॉनिक्स निकेतन
6, सी० जी० ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003

विषय : श्री के द्वारा सामान्य भविष्य निधि से निकासी हेतु
बिल का अग्रेषण ।

महोदय,

उपरोक्त विषय पर मुझे श्री द्वारा सामान्य भविष्य निधि फंड से निकासी हेतु
बिल संख्या / दिनांक रु /- () की राशि का
अग्रेषित करने का निर्देश हुआ है ।

आपसे अनुरोध है कि बैंक ड्राफ्ट श्री के नाम से तैयार करके इस कार्यालय में आगे
की आवश्यक कार्रवाई के लिए भेजा जाए ।

भवदीय

उप निदेशक

सलंगन : यथोपरि

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi
फाईल संख्या
टिप्पण संख्या
दिनांक

श्री _____ सम्बन्ध में व्यय को पूरा करने के लिए अपने सामान्य भविष्य निधि लेखा संख्या _____ से रु _____ (_____) राशि निकालने के लिए आवेदन किया है। श्री _____ का मूल वेतन रु _____ प्रतिमाह है और उनके सामान्य भविष्यनिधि में कुल रु _____ है।

2 सामान्य भविष्यनिधि नियम 15 (केन्द्रीय सेवाएं) के अंतर्गत किसी भी समय निकाली गई राशि आवेदक की राशि के आधे से अधिक या उसके छः महीने के मूल वेतन जो भी कम है अधिक नहीं होनी चाहिए। इस मामले में आवेदित राशि उनकी उस जमा राशि के आधे से अधिक / कम है तथा उनके छः माह के मूल वेतन से अधिक / कम है।

3 तथापि नियम 16 के अंतर्गत सामान्य भविष्यनिधि में कुल जमा राशि की 3/4 राशि भी ऐसे विशेष मामलों में अनुमत्य है जहां राशि निकालने के उद्देश्य, अंशदाता के स्तर और आवेदक की जमाराशि के आधार ऐसी छूट देना आवश्यक हो। श्री _____ ने 20 वर्ष से अधिक की सेवा कर ली है व 10 वर्ष के अंदर सेवा निवृत्त होने वाले है। अतः अंतिम रूप से राशि निकालने के पात्र है

5 उपर्युक्त स्थिति को ध्यान में रखते हुए हम श्री _____ को नियम 15(1) _____ व नियम 16(1) के अंतर्गत विशेष मामले के रूप में रु _____ (_____) की अंतिम रूप से राशि निकालने की मंजूरी देते हैं।

संस्वीकृति का प्रारूप अनुमोदनार्थ प्रस्तुत है। निदेशक कृपया अनुमति प्रदान करें।

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

वेतन वृद्धि प्रमाणपत्र (Increment Certificate)
स. ले. नि. 21 (G.A.R.21)

प्रमाणित किया जाता है कि निम्न सरकारी सेवकों ने, इस आधार पर वे विनिर्दिष्ट पदों की स्तम्भ 5 में दर्शित तारीख से कम से कम एक वर्ष तक धारण कर चुके हैं, स्तम्भ 6 में दी गई तारीख से विहित कालिक वेतन वृद्धियां उपार्जित कर ली हैं। वेतन वृद्धि के लिये संगणना में न ली जाने वाली कार्य से अनुपस्थिति आदि की अवधियां इसमें से काट ली गई हैं। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि _____ से _____ तक और _____ से _____ तक ली गई छुट्टी की जिस अवधि या जिन अवधियों की निम्न विवरण में दिए गए स्थानापन्न सरकारी सेवक / सेवकों की दशा में वेतन वृद्धि के लिये गणना की गई है, उसके उनके दौरान वह / वे सरकारी रूप से उसी/ उन्हीं पद /पदों पर स्थानापन्न रूप से कार्य करता / करते रहते यदि वह छुट्टी पर न जाते।

Certified that the Government servants named below have earned the prescribed periodical increments from the date cited in Column 6, having been the incumbents of the posts specified for not less than **one** year from the date shown in column 5, after deducting periods of absence from duty not counting for increment, absence on leave without pay, etc. Further Certified that during the period or periods of leave taken from _____ to _____ and _____ from _____ which have been counted for increment in the case of officiating Government servant / servants named below, He/she/ they would have officiated in the posts but for his/their proceeding on leave.

पदधारी का नाम	अधिष्ठा यी या स्थानाप- न	पद का वेतनमान	वर्तमान वेतन	तारीख जिससे वर्तमान वेतन लिया जा रहा है	वर्तमान वेतन वृद्धि का तारीख	भविष्य में वेतन	का जो गण
Name of Incumbent	Subst- antive or offici- at-ing	Scale of pay of post	Present Pay	Date from which present pay is drawn	Date of present increment	Future Pay	Ad- du- fo- से Fr
1	2	3	4	5	6	7	8
			रु /-			रु /-	-
			रु /-			रु /-	-
			रु /-			रु /-	-
			रु /-			रु /-	-
			रु /-			रु /-	-

आहरण व संवितरण अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Drawing & Disbursing Officer

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

नीचे दर्शाए विवरण के अनुसार श्री _____ पदनाम _____
_____ अनुभाग _____ द्वारा संचलन आदेश संख्या (Movement Order
No.) दिनांक _____ के द्वारा सरकारी दौरे के समय सरकारी सामान को ले जाने पर खर्च किये गए व्यय
की प्रतिपूर्ति ।

दिनांक	से _____ तक		वाहन का माध्यम	व्यय का विवरण	कुल अदा योग्य
	यात्रा की				

सामान का विवरण _____

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपर्युक्त व्यय वास्तव में किया है तथा पहले यह दावा नहीं किया ।

हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

अनुभाग अधिकारी की अभियुक्ति :

अनुमोदित / अनुमोदित नहीं

निदेशक के हस्ताक्षर

रु _____ (रु _____) के लिये स्वीकृत व पारित ।

उप निदेशक

भारत सरकार

इलेक्ट्रॉनिकी परीक्षण तथा विकास केन्द्र

(मानकीकरण गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, इलेक्ट्रॉनिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग,
संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय)

बी-108, औद्योगिक क्षेत्र, फेज आठ, एस ए एस नगर , मोहाली - 160 071

दूरभाष 0172-2236711, 2237576, 2236707, 2236699

फैक्स - 91 (0172) 2236681 इ मेल : etdc@sancharnet.in

भारत सरकार / Govt. of India

मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति बिल

क्रम संख्या	नाम व पदनाम	कुल दावा की गई राशि	अग्रिम की वसूली	शुद्ध अदायोग्य राशि
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

टिप्पण संख्या

महाप्रबंधक दूरभाष विभाग, नई दिल्ली से निम्न विवरण अनुसार दूरभाष का बिल प्राप्त हुआ है : -

क्रम संख्या	उपभोक्ता संख्या एवं दूरभाष संख्या	बिल संख्या एवं जारी होने की तारीख	बिल की अदायोग्य राशि	बिल की अवधि	डीडी / चैक द्वारा अदायगी की अंतिम तारीख
1					
2					
3					
3					
4					
5					

संबंधित प्रमुख से बिल का सत्यापन करवा लिया गया है ।

तदुपरांत निदेशक, से उपरोक्त दूरभाष बिल की अदायगी, AO(Cash), BSNL, O/o PGM TD, New Delhi को करने के उद्देश्य से अनुमति की अनुरोध है ।

सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक

सेवा में,

वेतन व लेखा अधिकारी
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली -100 003

विषय - दूरभाष बिल की अदायगी के लिए अनुमति ।

महोदय,

मुझे रु /- (रु) की राशि दिनांक से दिनांक तक की अवधि के लिए बिल संख्या दिनांक दूरभाष प्रभार (Telephone Charges) के रूप में, लेखा अधिकारी (रोकड़), भारत संचार निगम लिं., कार्यालय प्रिंसीपल महाप्रबंधक दूरभाष, चण्डीगढ़ [AO (Cash), BSNL, O/O PGM TD, New Delhi] को अदा करने के लिए महानिदेशक, मानकीकरण गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय की अनुमति प्रदान करने का निर्देश हुआ है ।

व्यय वर्ष 2012-2013 के लिए मांग संख्या 15, मुख्य शीर्ष 2852- उद्योग -.07-दूरसंचार एवं इलेक्ट्रॉनिक्स उद्योग - 07.220.06- एसटीक्यूसी कार्यक्रम- .03- इटीडीसी के परिचालन व्यय - 2852.07.202.06.03 - बजट शीर्ष 'कार्यालय व्यय' (योजना) से किया जाएगा ।

भवदीय

उप निदेशक

प्रतिलिपि : लेखा सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दूरभाष बिल की प्रतिपूर्ति के लिए प्रपत्र
FORM FOR REIMBURSEMENT OF TELEPHONE BILLS

1 नाम / Name : _____

2 पदनाम / Designation : _____

3 अनुभाग / Section : _____

4 बिल का विवरण / Detail of bill : _____

क्रम संख्या Sr. No.	अवधि Period से From तक To	बिल संख्या एवं दूरभाष संख्या Bill No. & Telephone no.	बिल की राशि Amount of Bill	अभियुक्त Remarks

मैं सत्यापित करता हूँ कि उपरोक्त बिल मेरे द्वारा अदा किया गया है ।

I hereby certify that the above mentioned Telephone bill(s) have been paid by me.

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant
नाम व पदनाम
Name & Designation

दिनांक / Date

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फाइल संख्या

दिनांक

टिप्पण संख्या

केन्द्र के निम्न अधिकारियों जिन्हें नियमानुसार मुख्य कार्यालय की ओर से आवास पर टेलीफोन की सुविधा उपलब्ध करवाई गई है, उन्होंने महाप्रबंधक दूरभाष विभाग, नई दिल्ली की ओर से प्राप्त दूरभाष का बिल निम्न विवरण अनुसार प्रतिपूर्ति के लिए प्रस्तुत किया है : -

क्रम संख्या	लेखा संख्या	बिल संख्या एवं जारी होने की तारीख	टेलीफोन संख्या	बिल की अदायोग्य राशि	बिल की अवधि	डीडी / चैक द्वारा अदायगी की अंतिम तारीख

संबंधित अधिकारियों से बिल सत्यापन करवा लिया गया है ।

कृपया संबंधित अधिकारियों को प्रतिपूर्ति करने के उद्देश्य से रु _____ की अनुमति का अनुरोध है ।

सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फाइल संख्या

टिप्पण संख्या
दिनांक

नगर निगम, नई दिल्ली से जल आपूर्ति एवं सीबरेज बिल निम्न विवरण प्राप्त हुआ है : -

क्रम संख्या	लेखा संख्या	बिल संख्या एवं जारी होने की तारीख	बिल की अदायोग्य राशि	बिल की अवधि	डीडी / चेक द्वारा अदायगी की अंतिम तारीख
-------------	-------------	-----------------------------------	----------------------	-------------	---

बिल सत्यापित कर दिए गए हैं ।

निदेशक, से उपरोक्त जल आपूर्ति एवं सीबरेज बिल की अदायगी संबंधित विभाग को करने के उद्देश्य से अनुमति की अनुरोध है ।

सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक

सेवा में,
वेतन व लेखा अधिकारी
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली -100 003

विषय - जल आपूर्ति एवं सीबरेज बिल की अदायगी के लिए अनुमति ।

महोदय,

मुझे रु /- (रु) की राशि
दिनांक से तक की अवधि के लिए बिल संख्या दिनांक
जल आपूर्ति एवं सीबरेज प्रभार (Water Supply & Sewerage Charges) के रूप में,
गर, मोहाली () को अदा करने के लिए महानिदेशक, की अनुमति प्रदान करने का
निर्देश हुआ है ।

व्यय वर्ष 2012-2013 के लिए मांग संख्या 15, मुख्य शीर्ष 2852- उद्योग
-.07-दूरसंचार एवं इलेक्ट्रॉनिक्स उद्योग - 07.220.06- एसटीक्यूसी कार्यक्रम- .03- इटीडीसी
के परिचालन व्यय - 2852.07.202.06.03 - बजट शीर्ष 'कार्यालय व्यय' (योजना) से किया
जाएगा ।

भवदीय

उप निदेशक

प्रतिलिपि : लेखा सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फाइल संख्या

टिप्पण संख्या

दिल्ली विद्युत मंडल, से निम्न विवरण अनुसार विद्युत आपूर्ति की बिल प्राप्त हुआ है : -

क्रम संख्या	लेखा संख्या	बिल संख्या एवं जारी होने की तारीख	बिल की अदायोग्य राशि	बिल की अवधि	डीडी / चैक द्वारा अदायगी की अंतिम तारीख

प्रमुख विद्युत अनुरक्षण, से इसके सत्यापन का अनुरोध है ।

तदुपरांत निदेशक, से उपरोक्त विद्युत बिल की अदायगी, राज्य विद्युत मंडल, को करने के उद्देश्य से अनुमति की अनुरोध है ।

सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक

सेवा में,

वेतन व लेखा अधिकारी
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली -100 003

विषय - विद्युत बिल की अदायगी के लिए अनुमति ।

महोदय,

मुझे रु /- (रु) की राशि दिनांक से दिनांक तक की अवधि के लिए बिल संख्या दिनांक विद्युत प्रभार (Electricity Charges) के रूप में, अदा करने के लिए निदेशक, इटीडीसी, मोहाली की अनुमति प्रदान करने का निर्देश हुआ है ।

व्यय वर्ष 2012-2013 के लिए मांग संख्या 15, मुख्य शीर्ष 2852- उद्योग -.07-दूरसंचार एवं इलेक्ट्रॉनिक्स उद्योग - 07.220.06- एसटीक्यूसी कार्यक्रम- .03- इटीडीसी के परिचालन व्यय - 2852.07.202.06.03 - बजट शीर्ष 'कार्यालय व्यय' (योजना) से किया जाएगा ।

भवदीय

उप निदेशक

प्रतिलिपि : लेखा सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

प्रपत्र संख्या सीटी आर 42
FORM C.T.R 42

द्वारा समायोजय / Adjusted by:-
वेतन व लेखा अधिकारी / Pay and Accounts Officer

संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय / Ministry of Communications and Information
Technology

बिल संख्या / Bill No _____

दिनांक / Dated : _____

क्रम संख्या Sr. No	अंशदाता का नाम Name of Subscriber	भविष्य निधि लेखा खाता संख्या एवं प्राधिकारी Provident Fund Account No. & Authorities	अनुमति संख्या एवं दिनांक No. of date of sanction	अंतिम अदायागी अग्रिम / अन्य निकासी / बीआइएलएस के अधीन निकासी Final Payment Advance/ other withdrawal / Payment under B.I.L.S	अदायोग्य राशि Amount payable

कुल / Total रु Rs.

कुल अदायोग्य राशि (शब्दों में)

Net amount required for payment (in words) _____

8009- सामान्य भविष्य निधि अग्रिम / 8009- Civil GPF Advance

राज्य भविष्य निधि / State Provident Funds

सामान्य भविष्य निधि दर्जा 4 / GPF Class IV

दर्जा चार से अन्य / Other than Class IV staff

अटाहरण एवं सर्ववितरण अधिकारी
Drawing & Disbursing Officer

रु / Rs _____ की अदायागी के लिए पारित Passed for payment of

(रु / Rupees _____ केवल / Only)

प्रपत्र जीएआर [37 नियम 165 देखें (1)]
 प्रपत्र खजाना नियम 27.बी [नियम 669 देखें]

अग्रिम के लिए बिल

बिल संख्या _____

अग्रिम का प्रकार _____

डीडीओ कोड

--	--	--	--	--	--

बैंक कोड

--	--	--	--	--	--

लेखा शीर्ष

ग्रंट

एम एच सीरियल

एससीडी

+/- का चिह्न

राशि

रु पै

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

--

--	--	--

--	--	--

(यदि राशि अन्य लेखा अधिकारी के द्वारा समायोज्य हो)

वेतन व लेखा अधिकारी

का कोड

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

--

--	--	--

क्रम संख्या	स्थापना का अनुभाग एवं पदधारी का नाम पीबीआर फोलियो के साथ	क्या स्थायी अर्ध स्थायी अस्थायी	वेतन	क्या जमानत ली गई	अग्रिम की राशि	अभियुक्ति

प्रमाणित किया जाता है कि संबंधित वेतन वेतन बिल पंजिका में इंदराज कर दिया गया है ।

अदा करने के लिए कुल राशि की आवश्यकता है ।
 रु (शब्दों में)

प्रतिहस्ताक्षर

अदायगी प्राप्त की

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

पदनाम

आहरण अधिकारी का पदनाम

दिनांक

दिनांक

वेतन व लेखा कार्यालय में प्रयोग के लिए

रु _____ (रु _____) के लिए पारित

चैक / डिमांड संख्या के नाम _____

दिनांक

वेतन व लेखा अधिकारी / चैक आहरण
आहरण व संवितरण अधिकारी

वाउचर संख्या

--	--	--	--	--	--	--	--

दिन माह वर्ष

--	--	--	--	--	--

वर्ग

ए बी सी

चैक संख्या

दिन

माह

वर्ष

राशि

रु

पै

--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

रद्द किए गए चैक का विवरण

वर्ग

ए बी सी

चैक संख्या

दिन

माह

वर्ष

राशि

रु

पै

--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

वेतन व लेखा अधिकारी / चैक आहरण

आहरण व संवितरण अधिकारी

टिप्पण

- 1 यात्रा भत्ता, अवकाश यात्रा रियायतअवकाश, वेतन, अवकाश वेतन एवं लधु-अवधि अग्रिम इस प्रपत्र पर भरे जाएं
- 2 प्रत्येक प्रकार के बिल के लिए अलग बिल प्रस्तुत किया जाए ।
- 3 जहां पर अग्रिम केवल जमानत लेकर ही अदा किया जाता है, यह तथ्य बिल प्रस्तुत करने से पूर्व आहरण अधिकारी के द्वारा प्रमाणित कर लेना चाहिए ।
- 4 जहां पर अग्रिम का आहरण सक्षम प्राधिकारी की अनुमति से किया जाता है तथा बिल प्रस्तुत करने से पूर्व प्रतिहस्ताक्षर नहीं किया जाए, अभियुक्ति कालम में अनुमति की संख्या एवं दिनांक लिखा जाए एवं प्रतिहस्ताक्षर के लिए इंदराज काट दिए जाएं ।
- 5 कालम 7, किशतों की संख्या जिनकी वसूली की जानी है, जहां आवश्यक हो, लिखी जानी चाहिए यदि अग्रिम स्थानांतरण के लिए हो, कार्यालय, जहां स्थानांतरण हुआ है लिखा जाना चाहिए ।

प्रमाणपत्र

प्रमाणित किया जाता है :

- 1 जिन कर्मचारियों के लिए समयोपरि भत्ते का दावा इस बिल में किया गया है, वास्तव में उन्होंने समयोपरि कार्य करके अर्जित किया है ।
- 2 अवधि जिसके लिए इस बिल में समयोपरि भत्ते का दावा किया गया है, मूल रिकार्ड से जांच की गई एवं सही पाया गया ।
- 3 समयोपरि भत्ते का दावा सक्षम प्राधिकारी के द्वारा अनुमोदित दरों पर किया गया है ।
- 4 सरकारी कर्मचारियों के आयकर की गणना करते समय इस बिल में दर्शाए समयोपरि भत्ते को खाते में डाल दिया गया है ।

उप निदेशक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक :

सेवा में,
वेतन व लेखा अधिकारी
संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
इलेक्ट्रॉनिक्स निकेतन
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली -110 003

विषय : अनुमति ।

महोदय,

मुझे मैं /स _____

को निम्न विवरण अनुसार अदायगी करने के लिए निदेशक, महानिदेशक एसटीक्यूसी की अनुमति प्रदान करने का निर्देश हुआ है ।

क्रम संख्या	विवरण	मात्रा	दर
----------------	-------	--------	----

2 रु _____ (रु _____) का व्यय
बजट शीर्ष _____ 2012-2013 में से किया जाएगा ।

भवदीय

उप निदेशक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

चिकित्सा प्रभार प्रतिपूर्ति बिल

बिल संख्या _____ दिनांक _____

संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय, सूचना प्रौद्योगिकी विभाग,
मानकीकरण परीक्षण तथा गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय,
माह _____ 2008 के लिए

लेखा शीर्ष 2852-02.202.03-06 वेतन (चिकित्सा उपचार व्यय)- योजना 2012-2013 ।

क्रम संख्या	स्थापना का अनुभाग एवं कर्मचारी का नाम	कुल दावा की गई राशि	अग्रिम अदा की वसूली	शुद्ध अदायोग्य राशि
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

अदायगी के लिए रु _____ /- (रु _____) की आवश्यकता है ।

प्रमाणित किया जाता है कि इस तारीख से 1/2/3 माह पहले आहरित किए गए बिलों की राशि, केवल निम्न अपवादों को छोड़कर (जिसके लिए इस बिल में कटौती करके, कुल राशि वापिस की गई है), सरकारी कर्मचारी को बांट दी गई है एवं उसकी रसीद बिल की कार्यालय प्रति पर या अलग से भुगतान पंजिका पर ले ली गई है ।

अवधि _____ राशि _____

2 वापिस लिए गए चिकित्सा प्रभार का विवरण
स्थापना का अनुभाग एवं पदधारी सलंगन सूची के अनुसार

3 प्रमाणित किया जाता है कि आवश्यक प्रमाणपत्र रसीद आदि सलंगन है।

अदायगी प्राप्त की

हस्ताक्षर
आहरण अधिकारी का पदनाम

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

आंतरिक सम्प्रेषण नोट (आई सी एन)
INTERNAL COMMUNICATION NOTE(ICN)

आई सी एन संख्या /
ICN NO. _

दिनांक
Date

से _____ तक
From _____ to

विषय :
Subject:

प्रमुख

Head

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

समयोपरि भत्ते के दावे का प्रपत्र

दिनांक	कार्यदिवस था या सार्वजनिक अवकाश	अवधि से तक	वास्तविक लगाया गया समय	एक घण्टे की कटौती के पश्चात लगाया गया समय	दर प्रति धण्टा	दावा की गई राशि	उस चौकीदार का नाम जो आराम पर था ।	चौकीदार जो अवकाश पर था ।

प्रमाणित किया जाता है कि मैं _____ (नाम व पदनाम) उपरोक्त के अनुसार प्रत्येक के विरुद्ध दशाई गई अवधि में प्रत्येक दिन कार्यालय समय उपरंत रविवार/ शनिवार या सार्वजनिक अवकाश वाले दिन सरकारी कार्य के लिए उपस्थित था ।

मेरा वेतन व भत्ते इस अवधि के दौरान इस प्रकार है वेतन _____
मंहगाई भत्ता _____ नगर प्रतिपूरक भत्ता _____ कुल रुपये _____
दावा किए समयोपरि कार्य की राशि रु _____ माह की उपलब्धियों के 1/3 तक सीमित ।

स्थान :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
पदनाम _____

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

आदेश संख्या//

दिनांक

वेतन व लेखा अधिकारी
भारत सरकार
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003

विषय : सामान्य भविष्य निधि से अग्रिम राशि की संस्वीकृति ।

मुझे सामान्य भविष्य (सिविल सेवा) नियमावली 1960 के नियम _____ के अधीन श्री/श्रीमती _____ को _____ पर आने वाले व्यय को पूरा करने के लिए सामान्य भविष्य निधि लेखा संख्या _____ से रु _____ (रु _____ केवल) की संस्वीकृति देने के संबंध में सक्षम प्राधिकारी की अनुमति देने का निर्देश हुआ है ।

2 अग्रिम की वसूली रु _____ की _____ मासिक किश्तों में _____ माह के वेतन में से प्रारंभ की जाएगी ।

3 पहले _____ माह में संस्वीकृत व अदा की गई रु _____ की अग्रिम राशि में से रु _____, कुल राशि के निम्न विवरण अनुसार की जाने वाली वसूली के प्रारंभ होने तक बकाया रहेंगे । इस पूर्व बकाया राशि तथा अब संस्वीकृत की जा रही अग्रिम राशि जिनका जोड़ रु _____ (रु _____) बनता है, की वसूली रु _____ की _____ सामान्य मासिक किश्तों में _____ माह के वेतन में से की जाएगी ।

4 दिनांक _____ की स्थिति अनुसार श्री /श्रीमती _____ के खाते में जमा राशि का विवरण निम्न है ।

i) वर्ष 200 -200 के लिए सामान्य भविष्य निधि पर्ची के अनुसार बकाया राशि रु _____

ii) बाद में जमा एवं अग्रिम की लौटाई राशि माह _____ रु _____

iii) कालम i) एवं ii) का कुल जोड़

iv) बाद में निकाली राशि यदि कोई हो _____ से _____ तक रु _____

v) संस्वीकृति की तारीख को शेष राशि कालम (iii) – (iv) रु _____

भवदीय

उप निदेशक

प्रतिलिपि : i) लेखा सहायक ii) संबंधित कर्मचारी

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक :

वरिष्ठ लेखा अधिकारी
वेतन व लेखा अधिकारी का कार्यालय
भारत सरकार
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
इलेक्ट्रॉनिकी निकेतन
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003

विषय : केन्द्रीय सरकार कर्मचारी समूह बीमा योजना-1980: वर्ष 2011 के लिए वार्षिक रिपोर्ट ।

महोदय,

उपरोक्त विषय पर आपके पत्र संख्या _____
दिनांक _____ के संदर्भ में मांगी गई सूचना निर्धारित प्रपत्र पर आपके पास आगे की आवश्यक
कार्रवाई के लिए भेजी जा रही है ।

भवदीय

उप निदेशक
कृते निदेशक

सलंगन : यथोपरि

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

टिप्पण संख्या

विक्रेता के द्वारा निम्न विवरण अनुसार समाचार आपूर्ति का बिल प्रस्तुत किया गया है : -

क्रम संख्या	बिल संख्या	बिल की अवधि	बिल की अदायोग्य राशि
1			
		कुल राशि	

बिल सत्यापित कर दिया गया है ।

अनरोध है कि अनुमति प्रदान की जाए ताकि संबंधित विक्रेता को अदायगी की जा सके।

सहायक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

टिप्पण

केन्द्र के निम्न कर्मचारियों ने वर्ष 2011-20129 के लिए
के लिए रु 3000/- आवेदन पत्र दिया है ।

-07 त्यौहार अग्रिम

क्रम संख्या	नाम व पदनाम	त्यौहार अग्रिम के लिए राशि
1		रु /-
2		रु /-
3		रु /-

वर्ष 2012-2013 के लिए उनके खाते में से कोई त्यौहार अग्रिम राशि वसूल नहीं की जानी है ।

रु 3000/- की यह राशि उनके खाते में से माह से प्रारंभ करके रु 300/- प्रति माह के हिसाब से दस किश्तों में उनके वेतन से वसूल की जाएगी ।

कृप्या रु /- की अनुमति प्रदान की जाए ।

सहायक

महानिदेशक (Director General)
भारत सरकार
संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय
इलेक्ट्रॉनिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय (STQC Directorate)
इलेक्ट्रॉनिकी निकेतन
6, सी जी ओ काम्पलेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003

वेतन व लेखा अधिकारी (Pay and Accounts Officer)
भारत सरकार
इलेक्ट्रॉनिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
इलेक्ट्रॉनिकी निकेतन
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003

निदेशक
भारत सरकार
इलेक्ट्रॉनिकी क्षेत्रीय परीक्षण प्रयोगशाला (ERTL) (N)
एस ब्लॉक ए औखला औद्योगिक क्षेत्र
फेज -II, नई दिल्ली -110 020

सहायक वित्तीय सलाहकार (AFA)
भारत सरकार
संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय
(STQC Directorate)
इलेक्ट्रॉनिकी निकेतन
6, सी जी ओ काम्पलेक्स
लोधी रोड, नई दिल्ली - 110 003

निदेशक
भारत सरकार
इलेक्ट्रॉनिकी परीक्षण तथा विकास केन्द्र
चमबाधाट औद्योगिक क्षेत्र
सोलन (हिमाचल प्रदेश)

निदेशक
भारत सरकार
संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय
सूचना प्रौद्योगिकी विभाग
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय
इलेक्ट्रॉनिकी परीक्षण तथा विकास केन्द्र
मालवीय औद्योगिक क्षेत्र, जयपुर (राजस्थान)

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

संख्या/

दिनांक :

कर्तव्य आदेश

केन्द्र के चौकीदार माह _____ में अपनी डियूटी निम्न विवरण अनुसार करेंगे ।

चौकीदार का नाम	समय

श्री _____, सामान्य डियूटी सुबह 09 बजे से सांय 5-30 बजे तक करेंगे और चौकीदारों का रेस्ट निर्देशानुसार कटवाएंगे ।

रेस्ट के दिन : नाम दिन तारीख
श्री (शुक्रवार)
श्री (मंगलवार)
श्री (रविवार)
श्री (शनिवार)

सहायक 'डी'

अधीक्षक

उप निदेशक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

Time :.....

Date :.....

आगन्तुक पास
Visitor Pass

No.

नाम व पूरा पता

Name & Full Address

.....

(जिसको मिलना है) Person to be visited

उद्देश्य Purpose.....

आगन्तुक के हस्ताक्षर Signature of visitor

सुरक्षा अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of security supervsioer

कृप्या पास गेट पर वापिस कीजिए

Please return this at Gate

यह पास केवल एक दिन के लिए वैद्य है ।

Valid for one day only

मिलने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature off person visited with time

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

सरकारी कर्मचारी द्वारा चिकित्सा व्यय पर किए गए खर्च की पतिपूर्ति के लिए आवेदन पत्र ।

सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम _____

मूल नियमों में कर्मचारी का निर्धारित वेतन
यदि अन्य कोई परिलब्धियां आहरित की जा रही हों । _____

वास्तविक आवासीय पता _____

कार्य स्थल _____

रोगी का नाम व कर्मचारी से
उसका संबंध _____
(यदि बच्चा हो तो उसकी आयु भी बताएं)

स्थान जहां पर रोगी बिमार हुआ _____

उस चिकिस्ता अधिकारी का नाम
व पदनाम लिखें तथा उस डिस्पेंसरी
या अस्पताल का नाम जिससे संबंधित है । _____

दावा की गई राशि _____

अग्रिम को कम करके _____

शुद्ध राशि जिसका दावा किया गया _____

सरकारी कर्मचारी द्वारा की गई उदघोषणा _____

मैं यह घोषणा करता हूं कि आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरे ज्ञान व विश्वास के अनुसार दिया गया विवरण सत्य व सही है एवं जिस व्यक्ति पर व्यय किया गया है वह पूर्णतया मेरे पर आश्रित है।

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

पारपत्र (पासपोर्ट) बनवाने के लिए 'अनापत्ति प्रमाणपत्र' प्राप्त करने का आवेदन पत्र

- 1 नाम व पदनाम
- 2 क्या सूचना प्रौद्योगिकी विभाग में आपकी नियुक्ति अनुबंध पर हुई है अथवा किसी अन्य आधार पर ?
- 3 अनुबंध अथवा अन्य आधार पर की गई नियुक्ति की जारीख :
- 4 यदि नियुक्ति अनुबंध आधार पर हुई हो , तो अनुबंध के समाप्त होने की तारीख
- 5 पासपोर्ट जिन देशों के लिए चाहिए उनके नाम
- 6 विदेश यात्रा की संभावित तारीख / अवधि
- 7 पारपत्र (पासपोर्ट) बनवाने का प्रयोजन
- 8 विदेश यात्रा पर आने वाला खर्च तथा वहां ठहरने पर आने वाले व्यय को किस प्रकार वहन किया जाएगा उसका स्रोत:
- 9 यदि विदेश यात्रा एवं वहां उतरने वाले व्यय की प्रतिपूर्ति का स्रोत आपके संबंधी मित्रगण हैं तो उनकी नागरिकता :

मैं वचन देता हू कि :

- (क) मैं सरकार की पूर्व अनुमति अथवा सक्षम प्राधिकारी से छुट्टी की पूर्व मंजूरी प्राप्त किए बिना विदेश यात्रा नहीं करूंगा / करूंगी ।
- (ख) मैं सेवा की शर्तों का पालन करूंगा / करूंगी तथा सरकार की पूर्व अनुमति के बिना विदेश में न कोई रोजगार ढूंढूंगा और न ही कोई रोजगार स्वीकार करूंगा / करूंगी ।
- (ग) मैं अपने विदेश यात्रा के दौरान सरकार की पूर्व अनुमति के बिना कोई विदेश अंशदान अथवा आतिथ्य सेवकार नहीं करूंगा / करूंगी ।
- (घ) मैं भारतीय अथवा विदेशी मामलों पर अपने विचार व्यक्त नहीं करूंगा / करूंगी और विशेषकर न ही इस संबंध में कोई लिखित अथवा मौखिक व्यक्त ही दूंगा / दूंगी।

स्थान :

हस्ताक्षर:

दिनांक :

नाम:

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

विषय / Subject : अनुमति के संबंध में / Sanction Regarding

निम्न वस्तुओं की खरीद / कार्य करवाने का प्रस्ताव है / It is purposed to purchase following item /
Undertake following work.

क्रम संख्या Sr.No.	कार्य का विवरण Description of work	मात्रा Qty.	लगत राशि / प्रभार Cost / Charges involved	अभियुक्ति Remarks

अनुरोध है कि रु _____ (रु _____) की अनुमति प्रदान की जाए ।
It is requested that sanction of Rs. _____ (Rs. _____) may please be
accorded.

प्रभारी के हस्ताक्षर / Signature of Incharge

प्रमुख / Head

सहायक

अधीक्षक

उप निदेशक

रु _____ की अनुमति प्रदान की गई (Sanctioned Rs. _____)

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

सेवा में,

महोदय,

निम्न वस्तुओं की पूर्ति के लिये विशेषताओं के अनुसार मोहरबंद _____
कोटेशन दिनांक _____ तक आमंत्रित की जाती है ।

क्रम संख्या	वस्तु नामक्रम	मात्रा

हमारे संदर्भ के लिए लिफाफे पर कृपया कोटेशन की देय तिथि तथा हमारा प्रेषण संख्या अवश्य लिखें ।

भवदीय

उप निदेशक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

माह _____ 2009 के लिये वेतन विवरण / Pay Slip for the Month of _____

नाम व पदनाम / Name & Designation :

मूल वेतन / Basic Pay		आयकर / Income Tax	
विशेष वेतन / Special Pay		केन्द्र सरकार कर्मचारी समूह बीमा स्कीम / CGEGIS	
परिवार नियोजन भत्ता / FPA		सामान्य भविष्य निधि अग्रिम / GPF Advance	
नगर प्रतिपूर्ति भत्ता / CCA		गृह निर्माण अग्रिम / HBA	
आवास किराया भत्ता / HRA		कार अग्रिम / Car Advance	
मंहगाई भत्ता / DA		कार अग्रिम पर ब्याज / Interest on Car Advance	
परिवहन यात्रा भत्ता / TPTA		स्कूटर अग्रिम / Scooter Advance	
		स्कूटर अग्रिम पर ब्याज / Interest on Scooter Advance	
		त्योहार अग्रिम / Festival Advance	
		कुल कटौतियां / Total Deduction	
कुल संदेय रकम/ Gross Amount		शुद्ध संदेय रकम / Net Pay	

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

कार्यालय आदेश

दिनांक

विषय : तकनीकी सूचना केन्द्र से जारी पुस्तकों को वापिस करने हेतु ।

निम्न अधिकारियों को उनके नाम के आगे दर्शाए विवरण के अनुसार पुस्तकें जारी की गई थी परंतु वह आदेश जारी होने तक तकनीकी सूचना केन्द्र में वापिस नहीं पहुंची । कृपया अतिशीघ्र रिकार्ड की जांच हेतु इन्हें वापिस किया जाए ।

क्रम संख्या	अधिकारी / कर्मचारी का नाम	पुस्तक संख्या	जारी होने की तारीख	अभियुक्ति

प्रभारी अधिकारी
तकनीकी सूचना केन्द्र

प्रतिलिपि :

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

विषय : बिलों की वापसी ।

आपके मेडीकल / टी ए / एल टी सी / खरीद बिल / वहन प्रतिपूर्ति _____ बिल में निम्नलिखित कमियां पाई गई हैं । अतः बिल मूल रूप से आपके पास भेजा जा रहा है ।

1

2

3

4

5

उप निदेशक

सेवा में,

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

इटीडसी में काम कर रहे श्री / श्रीमती / कुमारी को _____ दिया जाने वाला प्रमाण-पत्र ।
की / के पत्नी / पुत्र / पृत्री माता / पिता / आश्रित _____

प्रमाण -पत्र क

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिनको चिकित्सा के लिये अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया है)

मैं , डा _____ एतद्व द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि

क) मैंने _____ (तारीखें दी जाएं) को अपने परामश कक्ष / रोगी के निवास स्थान पर दिए गए
अन्तः शिरा / अतः पेशी / अर्बत्वचीय इंजेक्शनों के लिए रु प्रभारित एवं वसूल किए हैं ।

प्रयोग में लाग गए इंजेक्शन रोग प्रतिरोध क्षमता अथवा रोग -निरोध के लिए दिए गए / नहीं दिए गए ।
रोगी का इलाज _____ अस्पताल में मेरे परामश कक्ष में हुआ है और रोगी के स्वास्थ्य लाभ /
उनकी हालत को गंभीर और बदतर होने से बचाने के लिए मेरे द्वारा लिखी निम्नलिखित औषधियां उनके निहायत जरूरी थी
।

ये औषधियां प्राइवेट रोगियों में वितरण के लिए _____ के स्टॉक में नहीं रखी जातीं और इनमें (अस्पताल
का नाम) स्वत्वाधिकार वाली दवाइयों उपलब्ध हैं । साथ ही इनमें ऐसी निर्मितियां भी शामिल नहीं हैं जो मुख्यतः आहार ,
प्रसाधन, अथवा कीटनाशक दवाइयों के अंतर्गत आती हैं ।

औषधियों के नाम

मूल्य

रोगी _____ से पीडित है तथा वह _____

_____ से _____ तक मेरा इलाज करवा रहा है / करवा रहा था ।

रोगी का प्रसूति अथवा प्रसूति के बाद इलाज नहीं किया गया था / है ।

एक्सरे प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिए _____ रु का व्यय हुआ है आवश्यक था तथा
_____ (अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर लिये गए ।

विशेषज्ञ की डाक्टरी सलाह लेने के लिए मैंने रोगी को डा _____ के पास भेजा था और नियमानुसार यथा
अपेक्षित _____ का नाम का अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था ।

रोगी को अस्पताल में रखने की आवश्यकता नहीं थी ।

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
तथा पदनाम तथा वे जिस अस्पताल /
औषधालय से सम्बद्ध है उसका नाम

दिनांक :

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

क निम्न अधिकारियों / कर्मचारियों की वार्षिक गोपनीय रिपोर्ट / विशेष गुप्त रिपोर्ट का प्रपत्र भेजा जा रहा है ।

अनुरोध है कि स्वयं मूल्यांकन लिखने उपरांत अपने अनुभाग के प्रभारी अधिकारी को प्रस्तुत कर दिया जाए ।

क्रम संख्या	नाम व पदनाम	

उप निदेशक

ख संबंधित अधिकारी से अनुरोध है कि इस रिपोर्ट को लिखने उपरांत निदेशक के पुनरीक्षण हेतु दिनांक तक प्रस्तुत किया जाए ।

ग निजी सहायक, महानिदेशक से अनुरोध है कि आगे की कारवाई महानिदेशक महोदय से करवा ली जाए

उप निदेशक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

मानकीकरण परीक्षण गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय / इलेक्ट्रॉनिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग से प्राप्त
कार्यालय ज्ञापन संख्या _____ दिनांक _____
कृपया सभी अधिकारी / कर्मचारी देख लें ।

उप निदेशक

सभी अधिकारी / कर्मचारी
सूचना पट्ट

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

मंत्रालय : संचार एवं सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय
कार्यालय : मानकीकरण, परीक्षण तथा गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय
सामान्य भविष्य निधि में से अग्रिम हेतु आवेदन पत्र
(फंड का नाम दिया जाए) _____

विभाग : इलेक्ट्रॉनिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग

1	अंशदाता का नाम	
2	लेखा संख्या (विभागीय)	
3	पदनाम	
4	वेतन	
5	आवेदन पत्र वाले दिन अंशदाता के खाते में निम्न विवरण अनुसार जमा । 1 वर्ष के विवरण अनुसार अंतिम शेष 2 मासिक अंशदान के कारण _____ से _____ तक जमा शेष राशि 3 वापिस की गई राशि 4 _____ से _____ तक की अवधि के दौरान निकासी 5 शुद्ध शेष जमा	
6	अग्रिम / बकाया राशि , यदि कोई हो तथा उद्देश्य जिसके लिए अग्रिम लिया गया रु _____ (अग्रिम राशि ली गई)	रु _____ दिनांक को शेष बकाया
7	कितनी अग्रिम राशि की आवश्यकता है ।	रु _____
8	क) उद्देश्य जिसके लिए अग्रिम लिया जा रहा है । ख) नियम जिसके अधीन आवेदन आता है । ग) यदि अग्रिम आवास निर्माण के लिये लिया गया है तो निम्न सूचना दी जाए । 1 प्लॉट का क्षेत्र अथवा मापन 2 क्या प्लॉट स्वतंत्र है या पट्टे पर है । 3 निर्माण की क्या योजना है । 4 यदि फ्लेट या प्लॉट हाऊसिंग बोर्ड से लिया गया है तो समिति की नाम बताया जाए , स्थान, मापन आदि 5 निर्माण की कीमत 6 यदि फ्लेट का क्रय डी डी ए से या अन्य आवास बोर्ड से किया गया है , स्थल माप दिया जाए । घ) यदि अग्रिम बच्चों की शिक्षा के लिये आवश्यक है तो निम्न विवरण दिया जाए । 1 पुत्र / पुत्री का नाम 2 वर्ग एवं संस्थान / महाविद्यालय जहां अध्ययनरत है 3 क्या डे स्कालर या होस्टल में रहने वाला है ड) यदि अग्रिम राशि की आवश्यकता अस्वस्थ परिवार के सदस्यों के लिये है विवरण दिया जाए । रोगी का नाम एवं संबंध अस्पताल का नाम जहां पर रोगी चिकित्सा करवा रहा है । क्या बाह्य / अंदरूनी रोगी है । क्या प्रतिपूर्ति उपलब्ध है या नहीं नोट - यदि अग्रिम 8 (सी) से 8 (ई) के अधीन है तो कोई प्रमाण या प्रलेखन की आवश्यकता नहीं है ।	
9	अग्रिम की समाहित राशि (मद संख्या 6 व 7) एवं मासिक किश्तों की संख्या जिसके द्वारा अग्रिम वापिस किया जाएगा रु _____ किश्तों में	
10	अंशदाता की आर्थिक स्थितियों का विवरण, अग्रिम के लिए तर्क संगत है मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण ठीक एवं पूर्ण ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार है तथा मेरे द्वारा कुछ भी छिपाया नहीं गया है ।	
		आवेदक के हस्ताक्षर नाम पदनाम अनुभाग / शाखा

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक

विषय : बेबाकी प्रमाणपत्र (No Due Certificate)

श्री / श्रीमती कुमारी _____ के त्यागपत्र / स्थानान्तरण / सेवा निवृत्ति के संदर्भ में उनसे इटीडीसी, मोहाली के निम्नलिखित अनुभागों से 'बे-बाकी प्रमाणपत्र' (No Due Certificate) प्रस्तुत करने का अनुरोध किया जाता है जिससे उन्हें इस कार्यालय से _____ मुक्त किया जा सके ।

प्रमुख परीक्षण - I	
प्रमुख परीक्षण - II	
प्रमुख शिक्षा एवं प्रशिक्षण	
प्रमुख प्रशासन	
भंडार	
केशीयर	
लेखा अनुभाग	
स्थापना कक्ष	
सुरक्षा कक्ष	
तकीनकी सूचना केन्द्र	
प्रभाग जहां अधिकारी कार्यरत है ।	

कार्यमुक्त अधिकारी द्वारा की जाने वाली घोषणा

I कृप्या बताएं कि क्या सरकार के अतिरिक्त आपने अन्य वित्तीय संस्थान से भवन निर्माण पेशगी ऋण या अन्य ऋण लिए हैं जिसके लिए आपके आवेदन / अनुरोध को इस केन्द्र द्वारा अन्नापति प्रमाणपत्र के साथ प्रस्तुत किया गया था । यदि हां तो कृप्या पूरा विवरण दें ।

II क्या प्रशिक्षण के कारण या अन्यथा

आप किसी बंधपत्र (बांध) से बंधे हैं ।

जी हां / जी नहीं

III यदि उपर्युक्त (II) का उत्तर हां है तो कृप्या जिस प्रशिक्षण में आपने भाग लिया है, उसके विवरण, स्थान, बंधपत्र, दायित्व तथा जिसके तारीख तक आपने उस पाठ्यक्रम में भाग लिया है उसका ब्यौरा प्रस्तुत करें ।

उप निदेशक

सेवा में,

रोकड तथा लेखा अनुभाग श्री _____ जो इस विभाग में कार्यमुक्त होने जा रहे हैं / हो गये हैं के संबंध में यदि कोई बकाया हो तो उसके निपटान के लिए आवश्यक कारवाई करने की कृपा करें ।

श्री _____ को सूचनार्थ ।

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

पंजीकृत व्यापरी न होने की अवस्था में सरकारी खरीद करने पर जारी किया जाए ।

सरकार का नाम _____

जारी करने वाले मंत्रालय / विभाग _____

सेवा में,

प्रमाणित किया जाता है कि हमारे क्रय आदेश संख्या _____
दिनांक _____ के द्वारा निम्न वस्तुओं की खरीद आपके चालान संख्या
_____ दिनांक _____ के द्वारा भारत सरकार के लिए
की गई है । कैंशमीमो या बिल का विवरण निम्न है ।

दिनांक	बिल संख्या	राशि

सरकार के प्राधिकृत अधिकारी के
हस्ताक्षर व पदनाम

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

विषय : प्रपत्र जी ए आर 14 सी

उप बिल संख्या _____

ब्लाक वर्ष _____ के लिये अवकाश यात्रा रियायत बिल ।

टिप्पण इस बिल को दोहरे रूप से तैयार किया जाए एक प्रति को अदायगी अन्य को कार्यालय प्रति के रूप में प्रयोग में किया जाए ।

भाग -I (सरकारी कर्मचारी के द्वारा भरा जाए)

- 1 नाम
- 2 पदनाम
- 3 वेतन
- 4 मुख्य कार्यालय
- 5 अवकाश की प्रकृति व अवधि
_____ से _____ तक

परिवार का विवरण जिनके लिए एलटीसी का दावा किया जा रहा है ।

क्रम संख्या	नाम	उम्र	सरकारी कर्मचारी से संबंध

सरकारी कर्मचारी द्वारा तय की गई यात्रा का विवरण तथा उसके / उनके परिवार का विवरण ।

प्रस्थान	आगमन	किलोमीटर	यात्रा का प्रकार एवं वर्ग जिसका	भाडे की संख्या	अदा भाडा	अभियुक्ति
दिनांक व समय	दिनांक व समय					

अग्रिम राशि यदि कोई हो, आहरण रु _____

9 यात्रा का विवरण जिसके लिए सरकारी कर्मचारी ने हकदारी से उच्च वर्ग आवास का प्रयोग किया

स्थान से तक	वाहन का साधन	वर्ग जिसके लिए हकदार है ।	वर्ग जिसमें वास्तव में यात्रा की	कुल अदा भाडा

10 सडक द्वारा यात्रा का विवरण जो रेल के मार्ग से जुडे हुए हैं ।

स्थान का नाम से तक	वर्ग जिसके लिए हकदार है	रेल भाडा

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दी गई सूचना मेरे ज्ञान व विश्वास के अनुसार सत्य है एवं कि मेरे पति / पत्नी सरकारी कर्मचारी नहीं है ।

कि मेरे पति / पत्नी सरकारी कर्मचारी है एवं उस द्वारा रियायत का उपयोग नहीं किया गया था या अन्य परिवार के सदस्य द्वारा _____ वर्ष के लिए प्रयोग नहीं किया गया ।

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
दिनांक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

पूर्ववृत्त जांच

सेवा में,
उपायुक्त
जिला

विषय : _____ के पद के लिए उम्मीदवार के चरित्र एवं
पूर्ववृत्त की जांच पडताल ।

महोदय,

श्री / श्रीमती / कुमारी _____ जिनका विवरण सलंगन (प्रपत्र) दो प्रतियां
में निर्दिष्ट है _____ के उम्मीदवार हैं । कृपया अपने रिकार्ड में उपलब्ध जानकारी के आधार
पर यह प्रमाणित करें कि यह उम्मीदवार सरकारी सेवा के उपयुक्त है या नहीं । यदि इन्हें अनुपयुक्त
समझा जाए तो कृपया रिकार्ड के उन तथ्यों का पूर्ण उल्लेख करें जिनके आधार पर इन्हें सरकारी सेवा के
लिए अनुपयुक्त समझा जाए । शीघ्र कार्रवाई की अपेक्षा की जाती है ।

भवदीय

उप निदेशक

सलंगन : यथोपरि

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फा संख्या

दिनांक

सेवा में,

विषय : न्यूज लैटर का अग्रेषण ।

महोदय,

इस केन्द्र के न्यूज लैटर संख्या _____ की _____ प्रतियां आपके पास भेजी जा रही हैं।
जिसमें मानकीकरण गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय से संबंधित गतिविधियां की जानकारी दी गई है । सुझाव
के लिए महानिदेशक, महोदय से पत्र व्यवहार करें ।

कृपया पावती भेजने का कष्ट करें ।

घन्यवाद ।

भवदीय

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फा संख्या

दिनांक

सेवा में,

विषय : ब्रोशर का अग्रेषण ।

महोदय,

इस निदेशालय/प्रयोगशाला केन्द्र के ब्रोशर संख्या की _____ प्रतियां आपके पास भेजी जा रही है। जिसमें इस निदेशालय संबंधित सुविधाओं की जानकारी दी गई है । कृपया इनका उपयोग करें । किसी भी प्रकार के सुझाव के लिए महानिदेशक, महोदय से पत्र व्यवहार करें ।

कृपया पावती भेजने का कष्ट करें ।

धन्यवाद ।

भवदीय

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

श्री _____

विषय : अध्ययन की अनुमति ।

उर्पयुक्त विषय पर आपके आवेदन पत्र दिनांक _____ के संबंध में आपको निम्न शर्तों पर वर्ष _____ में आयोजित की जाने वाली परीक्षा में बैठने की अनुमति दी जाती है ।

- 1 अध्ययन से कार्यालय के कार्य में किसी भी प्रकार की बाधा नहीं आयेगी ।
- 2 जनहित में यह अनुमति किसी भी समय बिना कोई कारण बताए रद्द की जा सकती है ।
- 3 आपको अध्ययन के उद्देश्य से केवल परीक्षा के दिनों छोड़ कर अवकाश की अनुमति नहीं दी जाएगी ।

उप निदेशक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

सामान्य भविष्य निधि से निकासी हेतु

मंत्रालय : संचार व सूचना प्रौद्योगिकी मंत्रालय

विभाग : इलेक्ट्रॉनिकी एवं सूचना प्रौद्योगिकी विभाग

कार्यालय: मानकीकरण परीक्षण तथा गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय

_____ से निकासी हेतु आवेदन पत्र ।

(कृपया फंड का नाम लिखें)

1	अंशदाता का नाम	
2	लेखा संख्या	
3	विभागीय पदनाम	
4	वृत्त	
5	कार्यभार ग्रहण करने एवं सेवा निवृत्ति की तिथि	
6	आवेदन पत्र वाले दिन अंशदाता के खाते निम्न विवरण अनुसार जमा	
	(क) वर्ष _____ के वार्षिक विवरण अनुसार जमा	
	(ख) मासिक अंशदान के कारण _____ से _____ तक जमा राशि	
	(ग) उपर्युक्त (क) के अनुसार अंतिम शेष के बाद फंड में वापिस किया गया	
	(घ) अवधि के दौरान निकासी	
	(ड) आवेदन पत्र वाले दिन कुल शेष	
7	निकासी हेतु कितनी राशि चाहिए ।	
8	नियम जिसके अंतर्गत निवेदन किया गया	
9	क्या इसी उद्देश्य से पहले भी निकासी ली गई थी । यदि हां तो राशि व वर्ष भी बताएं	
10	भविष्य निधि अनुरक्षक लेखा अधिकारी का नाम	

प्राथी के हस्ताक्षर

नाम _____

अनुभाग / शाखा

दिनांक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

स्थानीय वाहन पर किए गए खर्च की प्रतिपूर्ति के लिये प्रपत्र
Proforma For Reimbursement Of Expenditure On Local Conveyance

नाम / Name _____

पदनाम / Designation _____

माह / Month _____

दिनांक	से	तक	कुल	उद्देश्य	प्रयुक्त वाहन	अदा किराया
DATE	FROM	TO	TOTAL	PURPOSE	CONVEYANCE	FARE PAID

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of applicant

प्रमुख / Head

अधीक्षक / Supdt.

उप निदेशक / Deputy Director

अनुमोदित / अनुमोदित नहीं
Approved / Not Approved

निदेशक / Director

राशि प्राप्त की / Payment received

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर / Signature of receiver

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

अभिलेख कक्ष से निम्न प्रकार के रिकार्ड की आवश्यकता है । कृपया निम्न रिकार्ड वहां से जारी किया जाए।

क्रम संख्या	विषय	फाईल संख्या

मांगकर्ता के हस्ताक्षर

अभिलेख अधिकारी

रिकार्ड जारी किया

अभिलेख संरक्षक

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

सेवा में,

महानिदेशक
भारत सरकार
मानकीकरण गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय
इलेक्ट्रॉनिकी निकेतन
6, सी जी ओ काम्पलेक्स, लोधी रोड
नई दिल्ली -110 003

विषय : प्राधिकृत चिकित्सकों का विकल्प ।

महोदय,

आपके कार्यालय आदेश संख्या _____ दिनांक _____ जिसके द्वारा आपने दो चिकित्सकों का विकल्प प्रस्तुत करने का कहा है । मैं निम्न दो चिकित्सकों का विकल्प प्रस्तुत कर रहा हूँ ।

क्रम संख्या	चिकित्सकों का नाम व पता

कृपया अनुमति प्रदान की जाए ।

घन्यवाद ।

भवदीय

दिनांक

हस्ताक्षर

नाम

पदनाम

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

नियंत्रक

मुद्रण व लेखन सामग्री

नई दिल्ली

विषय - स्टेशनरी की पूर्ति

महोदय,

कृपया निम्नलिखित वस्तुओं की पूर्ति इस पत्र के संवाहक को जिसके हस्ताक्षर नीचे सत्यापित किए गए हैं करने का कष्ट करें ।

क्रम संख्या	वस्तु का नाम	मात्रा

भवदीय

उप निदेशक

नमूना हस्ताक्षर

हस्ताक्षर सत्यापित

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फाईल संख्या

दिनांक

मुख्य डाक पाल
मुख्य डाकघर

नई दिल्ली

विषय : डाक टिकटों की पूर्ति ।

महोदय,

कृप्या इस पत्र के संवाहक को जिसके हस्ताक्षर नीचे सत्यापित किए गए हैं, रु /-
(रु) की डाक टिकटों की पूर्ति की जाए ।

क्रम संख्या	टिकटों का विवरण	राशि
1	10 X	/-
2	5 X	/-
3	1 X	/-
	कुल	/-

भवदीय

उप निदेशक

हस्ताक्षर सत्यापित

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

महानिदेशक
निजी सहायक महानिदेशक
उप निदेशक
श्री अरविंद कुमार कुमार, वैज्ञानिक 'जी'
श्री उमेश नंदवानी, वैज्ञानिक जी
श्री राकेश माहेश्वरी, वैज्ञानिक एफ
श्रीमती कामिनी मलिक, वैज्ञानिक डी
श्री बी.आर जरोडीया, वैज्ञानिक सी
श्रीमती बीणा शर्मा, वैज्ञानिक सी
श्रीमती राजेन्द्र कौर जुनेजा, उप निदेशक
श्री एस.रामाकृष्णन, उप निदेशक
श्री आत्म प्रकाश, मुख्य निजी सहायक
श्रीमती शिखा गांगुली
श्रीमती सुदेश साहनी
श्रीमती वीणा खंगवाल
श्रीमती ए पदमावती
श्रीमती अंजली शर्मा
श्री एस.के.अम्बास्टा
श्रीमती शशी देवगुण
मनु सप्रा
श्री सुरेश चंद्र शर्मा
श्री रामनारायण सिंह
श्री बाल कृष्ण
श्री ओ.पी.गोनियाल
श्री शशी राय पांडे
श्री विष्णु कुमार

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

दिनांक

विषय : सर्तकता सफाई प्रमाण पत्र (Vigilance Clearance Certificate)

निम्न अधिकारियों / कर्मचारियों के संबन्ध में सर्तकता सफाई प्रमाण पत्र की नीचे लिखे गए प्रयोजन के लिए आवश्यकता है ।

- क भारत में दूसरे संगठनों / विभागों / भारत सरकार के उपक्रमों / मंत्रालयों में प्रतिनियुक्ति पर तैनाती ।
- ख विदेश नियुक्ति आदि
- ग स्थायीकरण
- घ पदोन्नति
- च त्यागपत्र
- छ पासपोर्ट जारी करना
- ज दक्षता रोध
- झ आवेदन पत्र अग्रेषित करना

क्रम संख्या	अधिकारी का नाम	पदनाम / वेतनमान	जन्मतिथि	वेतनमान में नियुक्ति की तारीख	सूचना प्रौद्योगिकी विभाग में नियुक्ति की तारीख

- उपर्युक्त कर्मचारियों के बारे में निम्नलिखित सूचना दी जाए ।
- क्या उपर्युक्त कर्मचारियों में से किसी के विरुद्ध कोई अनुशासनात्मक / आरोपपत्र मामला लंबित है ।
- क्या उसका नाम संदिग्ध सत्यानिष्ठा वाले अधिकारियों की सूची में है ।
- क्या किसी अधिकारी के आचरण की जांच हो रही है अर्थात क्या उपर्युक्त कर्मचारियों में से किसी के विरुद्ध किसी शिकायत की जांच सर्तकता के दृष्टिकोण से की है ।

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फाईल संख्या

दिनांक :

ध्यानाकर्षण Kind Attn : श्री

विषय : डिमांड ड्राफ्ट / चैक का अग्रेषण ।

Sub : Forwarding of Demand Draft / Cheque

महोदय,

Sir,

मुझे निम्न विवरण अनुसार डिमांड ड्राफ्ट / चैक अग्रेषित करने का निर्देश हुआ है ।
I am directed to forward herewith DD/ Cheque as per details given below.

क्रम संख्या Sr. No.	बिल का विवरण / Detail of bill	राशि (रु में) Amount (in Rs.)	डीडी / चैक संख्या एवं दिनांक DD/ Cheque No. & Date
1		रु	दिनांक 30-03-2007

रु / Rs. /-/-रु /Rs. /-)

कृपया पावती भेजें / Kindly acknowledge the receipt.

भवदीय / Your faithfully,

उप निदेशक / Deputy Director

सलंगन : यथोपरि / Encl: as above

प्रतिलिपि / Copy to:

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फाईल संख्या

दिनांक :

विषय : डिमांड ड्राफ्ट / चैक का अग्रेषण ।

महोदय,

मुझे निम्न विवरण अनुसार डिमांड ड्राफ्ट / चैक अग्रेषण का निर्देश हुआ है ।

क्रम संख्या	बिल का विवरण	राशि (रु में)	डीडी / चैक संख्या एवं दिनांक

रु _____

कृपया पावती भेजें

भवदीय,

उप निदेशक

सलंगन : यथोपरि

प्रतिलिपि :

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

F. No.

Dated :

Sub : Forwarding of Demand Draft / Cheque

Sir,

I am directed to forward herewith DD/ Cheque as per details given below.

Sr. No.	Detail of bill	Amount (in Rs.)	DD/ Cheque No. & Date

Rs. _____

Kindly acknowledge the receipt.

Your faithfully,

Deputy Director

Encl: as above

Copy to :

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

आवश्यक सूचना

जहां कहीं भी बिजली की चिंगारियों की वजह से आग पकडे या लगे तो उसे पानी से न बुझाएं । उसे रेत, सीओ टू गैस, ड्राई केमीकल पावडर या अग्नि श्मन यंत्र से बुझाने की कोशिश करें और आग - आग चिल्ला कर सहायता के लिए पुकारें और संबंधित अधिकारियों को सूचित करें ।

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

बिजली के उपकरण
जब प्रयोग में न
हों तो कृप्या बंद
कर दें ।

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

फाईल संख्या
टिप्पण संख्या

भारत सरकार के आदेशों के अनुसार समस्त प्रकार के आदेश द्विभाषी रूप में होने चाहिए अतः अनुरोध है कि सभी प्रकार के आदेशों की एक प्रति भविष्य में हिन्दी कक्ष में भी उपलब्ध करवाई जाए जैसा कि पदोन्नति, वेतन निर्धारण, तथा कर्मचारियों का आंतरिक स्थानांतरण करना अदि ।

आदेश जारी करते समय यह अवश्य लिखा जाए कि हिन्दी अनुवाद जारी दूसरी तरफ या जारी किया जा रहा है ।

सहायक

कृपया अदायगी बैंक ड्राफ्ट के माध्यम से जोकि 'वेतन व लेखा अधिकारी', सूचना प्रौद्योगिकी विभाग के नाम से बना हो तथा नई दिल्ली में अदायोग्य हो के द्वारा की जाए ।

Payment may be made by bank draft in favour of PAO, DIT, Payable at New Delhi.

म गु प्र निदेशालय/हिन्दी अनुभाग/-80

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

जेरोक्स - कार्य के लिए मांग - पत्र
REQUISITION FORM FOR ZEROX WORK

- 1 मांग -पत्र भेजने वाले अनुभाग / अधिकारी का नाम _____
Name of the section officer placing the requisition
- 2 विषय / फाईल संख्या _____
Subject / file No.
- 3 पृष्ठों की संख्या _____
No. of pages
- 4 प्रतियों की कुल संख्या _____
Total no. of copies
- 5 अन्य अनुदेश (क्या कागज के दोनों तरफ जेरोक्स कार्य किया जाना है ।) _____
Other instruction (Whether zeroxing to be done both side of the paper)

अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of the Officer

टिप्पणी : मांग -पत्र पर सम्बद्ध प्रमुख / अनुभाग अधिकारी के हस्ताक्षर होने चाहिए ।

Note: The requisition will have to be signed by Head / Section Incharge

म गु प्र निदेशालय/हिन्दी अनुभाग/-81

भारत सरकार / Govt. of India
मानकीकरण परीक्षण एवं गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय, नई दिल्ली
Standardisation Testing and Quality Certification Directorate, New Delhi

सेवा में,

महानिदेशक
मानकीकरण परीक्षण तथा
गुणवत्ता प्रमाणन निदेशालय
नई दिल्ली - 110 003

विषय : स्थान छोड़ने की अनुमति ।

महोदय,

सविनय निवेदन है कि मुझे आवश्यक कार्य के कारण _____

_____ (स्थान का नाम) जाना पड़ रहा है । अतः आपसे अनुरोध है कि मुझे दिनांक

_____ से दिनांक _____ तक स्थान छोड़ने की अनुमति दी जाए ।

घन्यवाद ।

भवदीय

दिनांक

नाम व पदनाम
हस्ताक्षर

स्थान छोड़ने का पता

_____ (फोन संख्या)