**No. IHMCT / ACCT/FORM/1**

**होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान**

**INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

 **सामान्य भविष्य निधि के लिए आवेदन प्रपत्र**

**APPLICATION FORM FOR GPF ADVANCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | अभिदाता का नाम /NAME OF THE SUBSCRIBER |  |
| 2. | खाता संख्या /ACCOUNT NO. |  |
| 3. | पदनाम /DESIGNATION |  |
| 4. | वेतन /PAY |  |
| 5. | आवेदन की तारख को अभिदाता के खाते में जमा शेष / BALANCE AT CREDIT OF THE SUBSCRIBER ON THE DATE OF APPLICATION AS BELOW:-1. वर्ष केलिए विवरणी के अनुसार अंत शेष/ Closing balance as per statement for the year……….
2. मासिक अंशदान के रूप में ...से ....तक का जमा/Credit from………… to………..on account of monthly subscription
3. वापसी/Refunds
4. से.....स .....तक के दौरान प्रत्याहरण/Withdrawals during the period from…….to…..
5. जमा में शेष बाकी/ Net balance at credit
 |  |
| 6. | यदि कोई अग्रिमम लंबित हो, किस उद्धेश्य के लिए अग्रिम लिया गया था/AMOUNT OF ADVANCE OUTSTANDING, IF ANY, AND THE PURPOSE FOR WHICH ADVANCE WAS TAKEN BY THEM:अग्रिम के रूप में ली गई राशिAmount of advance taken Rs…………………. |  |
| 7. | अपेक्षित अग्रिम कराश AMOUNT OF ADVANCE REQUIRED  |  |
| 8. | किस प्रयोजन हेतु अग्रिम अपेक्षित है (नियम 12(1) (a) किस प्रयोजन के लिए अग्रिम अपेक्षित है /Purpose for which the advance is required (b) किस नियम के अधीन मांग आता है/Rules under which the request is covered(c) यदि अग्रिम मकान निर्माण आदि के लिए है तो, निम्नलिखित जानकारी सूचित की जाए/If advance is sought for House Building, etc., following information may be given:(i) प्लॉट का स्थान तथा माप/ Location and measurement of the plot(ii)क्या, प्लॉट फ्रीहोल्ड या पट्टे पर है /Whether plot is free hold or on lease(iii)निर्माण का प्लॉन/Plan for construction |  |
| 8. | किस प्रयोजन हेतु अग्रिम अपेक्षित है (नियम 12(1) (a) किस प्रयोजन के लिए अग्रिम अपेक्षित है /Purpose for which the advance is required (b) किस नियम के अधीन मांग आता है/Rules under which the request is covered(c) यदि अग्रिम मकान निर्माण आदि के लिए है तो, निम्नलिखित जानकारी सूचित की जाए/If advance is sought for House Building, etc., following information may be given:(i) प्लॉट का स्थान तथा माप/ Location and measurement of the plot(ii)क्या, प्लॉट फ्रीहोल्ड या पट्टे पर है /Whether plot is free hold or on lease(iii)निर्माण का प्लॉन/Plan for construction |  |
|  |  (iv)यदि फ्लॉट या प्लॉट बीबी सोसाइटी से क्रय किया जा रहा है तो, स्थान का नाम, माप आदि /If the flat or plot being purchased is from a B.B Society, the name of the location and measurements etc.(v) यदि फ्लॉट की खऱीदी डी.डी.ए या अन्य हाउसिंग बोर्ड आदि से क्रय किया जा रहा है तो, स्थान ,का नाम, माप आदि /निर्माण का खर्चा आदि /Cost of construction if the purchase of a flat is from DDA or any Housing Board etc, the location, dimension etc., may be given. |  |
| 9. | समेकित अग्रिम की राशि मद 6 व 7 और मासिक क़िश्त की संया और राशि जिसमें समेकित अग्रिम वापस देने का प्रस्ताव है है /AMOUNT OF THE CONSOLIDATED ADVANCE (ITEM 6 & 7) & NUMBER AND AMOUNT OF MONTHLY INSTALMENTS IN WHICH THE CONSOLIDATED ADVANCE IS PROPOSED TO BE REPAID |  |
| 10. | अग्रिम के आवेदन को उचित ठहराने के लिए अभिदाता के साथ आर्थिक परिस्थितियों का विवरण FULL PARTICULARS OF THE PECUNIARY CIRCUMSTANCES OF THE SUBSCRIBER JUSTIFYING THE APPLICATION OF THE ADVANCE  |  |
| मैं यह प्रमाणित करता हूं कि ऊपर दिए गए ब्यौरे मेरे ज्ञान और विश्वास में सही और पूर्ण है और यह कुछ भी मेरे द्वारा छुपाया नहीं है II CERTIFY THAT PARTICULARS GIVEN ABOVE ARE CORRECT AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF AND THAT NOTHING HAS BEEN CONCEALED BY ME.आवेदक के हस्ताक्षरSIGNATURE OF THE APPLICANTस्थान PLACE : दिनांक DATE :  |

**NO. IHMCT / ACCT/FORM/2**

**होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान**

**INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY**

**आंशिक अंतिम प्रत्याहरण केलिए आवेदन पपत्र PROFORMA FOR APPLICATION FOR PARTIAL/FINAL WITHDRAWAL FROM GPF**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | अभिदाता का नाम/ Name of the Subscriber |  |
| 2. | खाता सं./ Account No. |  |
| 3. | पदनाम/ Designation |  |
| 4. | वेतन/ Pay |  |
| 5. | सेवा में कार्यग्रहण एवं अ­धिवर्षिता की ति­थि : Date of joining service and the date of superannuation |  |
| 6. | आवेदन प्रस्तुत करने की तारीख में अभिदाता के खाते मे में जमा शेष : Balance at credit of the subscriber on the date of application |  |
| 7. | अपेक्षित प्रत्याहरण की राशि :Amount of withdrawal required |  |
| 8. | (क) किस प्रयोजन के लिए प्रत्याहरण अपेक्षित है Purpose for which the withdrawal is required(ख) किस नियम के तहत अनुरोध किया गया है : Rule, under which the request is covered.  |  |
| 9. |  यदि इसी उद्देश्य हेतु पहले भी राश निकाल की गई थी, यदि हाँ, तो राशि एवं वर्ष दिखाएँ। Whether any withdrawal was taken for the same Purpose earlier. If so, indicate the amount and the year |  |
| हस्ताक्षरःस्थानःदिनांक |

|  |
| --- |
| **NO. IHMCT /ACCT/FORM/13** |
| **FORM G.F.R.:27****होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान****INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY****----------------------------------------------------------------------------------------------------------------** मोटर साइकल/कार/बोट/स्कूटर/कम्प्यूटर के अग्रिम के लिए आवेदन फार्म(APPLICATION FORM FOR AN ADVANCE FOR PURCHASE OF MOTOR CYCLE/CAR/BOAT/SCOOTER/COMPUTER |
| 1. | आवेदक का नाम Name of the Applicant |  |
| 2. | आवेदक का पदनाम Applicant's Designation |  |
| 3. | माँगी गई मात्रा/ Qty. indented |  |
| 4. | जिला और केन्द्र/ District and Station |  |
| 5. | मलू वेतन/ Basic Pay |  |
| 6.  | मूल पद वेतन/ Substantive Pay |  |
| 7. | स्थानापन्न वेतन या ­प्राप्त वेतन Officiating pay or pay drawn  |  |
| 8. | विशेष/वैयक्तिक वेतन/ Special/Personal Pay |  |
| 9. | मोटर साइकिल/कार/बोट/स्कूटर/कम्प्यूटर का प्रतीक्षित मूल्य/ Anticipated price of Motor Cycle/Car/ Boat/Scooter/Computer : |  |
| 10. | अपेक्षित अग्रिम की राशि/ Amount of advance required |  |
| 11. | सेवानिवृत्ति की तिथि या संविदा अधिकारी के मामले में संविदा समाप्ति की तिथि /Date of superannuation or retirement or expiry of contract in case of a Contract Officer. : |  |
| 12. | अग्रिम की वापसी की वांछित क़िश्तों की संख्या / Number of instalments in which the advance is desired to be repaid. : |  |
| 13. | यदि समान उद्देश्य के लिए पहले से अग्रिम प्राप्त किया गया था, और यदि ऐसा है तो/ Whether advance for similar purpose was obtained previously, and if so: (i) अग्रिम के आहरण की तारीख/Date of drawal of the advance (ii) अग्रिम और/या ब्याज की राशि अभी भी बकाया है, यदि कोई दिया  जाना शेष है /The amount of advance and/or Interest thereon  still outstanding, if any. (iii)क्या, खरीदने की इच्छा हैः Whether the intention is to purchase: (क) नया या पुराना मोटर साइकिल/ कार/नाव/स्कूटर/ कंप्यूटर (a) A new or an old Motor Cycle/Car/Boat/ Scooter/Computer  |  |
| 14. | यदि किसी नियमित या प्रतिष्ठित डीलर या एजेंट के अलावा किसी अन्य व्यक्ति के माध्यम से मोटर साइकिल /कार/नाव/स्कूटर/कंप्यूटर खरीदने का इरादा है, तो क्या, केंद्रीय नागरिक सेवा (आचरण) नियमावली, 1 9 64 के नियम 15(2) के तहत आवश्यक प्राधिकारी की पूर्व स्वीकृति प्राप्त की गई हो। If the intention is to purchase Motor Cycle/Car/Boat/Scooter/ Computer through a person other than a regular or reputed dealer or Agent, whether previous Sanction of the Competent Authority has been obtained as required under Rule15(2) of the Central Civil Services(Conduct)Rules, 1964. : : |  |
| -:2:- |
| 15. | क्या अधिकारी छुट्टी पर है या छुट्टी पर जाने वाले है : Whether the Officer is on leave or is about to proceed on Leave: (क) छुट्टी ­प्रारंभ होने की तारीख (a) The date of commencement of leave. |   |
| 16. | (क) छुट्टी की समाप्ति की तारीख (a) The date of expiry of leave. : : (ख) मोटर साइकिल/कार/नाव/स्कूटर/कंप्यूटर के डिलीवरी के लिए अग्रिम की तारीख से एक महीने के भीतर लिया जा सकता है? पूछ -ताछ की गई है ? Are any negotiations or preliminary enquiries being made so that delivery may be taken of the Motor Cycle/Car/Boat/Scooter/ Computer within one month from the date of drawal of the advance?  |  |
| 17. |  प्र­माणित ,किया जाता है ,कि ऊपर दी गई सूचना पूर्ण और सही है । Certified that the information given above is complete and true. |  |

 प्रमाणित है कि मैंने जिस मोटर साइकिल/कार/बोट/स्कूटर/ कंप्यूटर के संबंध में अग्रिम के लिए आवेदन दिया था,

मोटर साइकिल/कार/नाव/स्कूटर/कम्प्यूटर के खरीदी के लिए , भुगतान और कब्जे के लिए वार्ता पूरा करेगा उसकी

डिलीवरी मैंने नहीं ली है तथा अग्रिम लेने की तारीख से एक महीने अवधि समाप्त होने से पहले, इसका बीमा करा

 लूँगा/लूँगी ।

Certified that I have not taken delivery of the Motor Cycle/Car/Boat/Scooter/Computer on account

of which I apply for the advance, that I shall complete negotiations for the purchase of, pay finally

 and taken possession of the Motor Cycle/Car/Boat/Scooter/ Computer and insure the same before

the expiry of one month from the date of taking delivery of it.

स्थान Place:

दिनांक Date: आवेदक का हताक्षर /Signature of the applicant

**No. IHMCT /ACCT/FORM-5**

केन्द्रीय/CENTRAL

जी.ए.आर.14ए उप-बिल सं........................

उपबिल(दौरा)

यात्रा-25(ए)

**दौरे केलिए यात्रा भत्ता बिल**

**TRAVELLING ALLOWANCE BILL FOR TOUR**

**Note: This bill should be prepared in duplicate ( one for payment and the other as office copy)**

**PART – A**

**(To be filled in by the Government servant)**

1. नाम/ Name ...................................... 2. पदनाम/Designation..............................

3. वेतन रु/Pay Rs……… 4. मुख्यालय/Headquarters…………………

5. किए गए यात्रा/यात्राओं के उद्देश्य व ब्यौरे/Details & purposes of journey(s) performed:-

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| पदनाम/Departure | आगमन/Arrival | यात्रा की रीतिऔर आवास की श्रेणी /Mode of Travel & class of accommodation | प्रदान किया गया किरायाFare paid | रोड माइलेज केलिए कि.मी में दूरी/ Distance in K.ms for Road mileage | रुकने की अवधि /Duration of Halt | यात्रा का उद्देश्य Purpose of journey |
| तिथिDate | समयTime | से/ From | दिनांकDate | समयTime | तक/To |  |  | दिन Days | घंटे Hrs |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

-:2:-

6. यात्रा की रीति/Mode of journey(s)

(i) वायु मार्ग/AIR (क/a) कार्यालय द्वारा विनिमय वाऊचर की व्यवस्था की गई

 Exchange voucher arranged by office…………………………Yes/No

 (ख/b) विनिमय वाऊचर की व्यवस्था की गई

 Ticket Exchange voucher arranged by ………………………. Yes/No

(ii) रेल मार्ग/RAIL(क/a) क्या मेल/एक्सप्रेस/साधारण रेलगाडी द्वारा यात्रा किया है ?...............

 Whether travelled by mail/Express/ordinary train?...............

 (ख/b) क्या, वापसी टिकट उपलब्ध है ?.........................................

 Whether return tickets available?.........................................

 (ग/c) यदि उपलब्ध हों, क्या वापसी टिकट खरीदा है? यदि नहीं तो,

 कृपया कारण सूचित करें .....

 If available whether return ticket purchased ? If not state reasons...........

(iii)रोड मार्ग/ ROAD यात्रा के लिए किस प्रकार का वाहन का प्रयोग किया/ .............

 Mode of conveyance used

 ( यह उल्लेख करें कि सरकारी वाहन, किराए पर टैक्सी/बस में अकेला सीट या अन्य सार्वजनिक वाहन या किसी अन्य सरकारी कर्मचारी के साथ शेयर करके उनके या अन्य किसी के निजी वाहन में यात्रा किया /ie. by Governemnr transport/by taking a Taxi, a single seat in a bus or other public conveyance, by sharing with another Government servant in a car belonging to him or to a third person to be specified)

7. रुके हुए स्थान में प्रयुक्त कारण से अनुपस्थिति की दिनों /

 Date of absence from place of halt on account of:-

 (क/a) प्रतिबंधित/आकस्मिक अवकाश

 Restricted Holidays and Casual Leave………………………..

 (ख/b) रविवार तथा अवकाश के कारण वास्तव में कैम्प में नहीं रहे

 Not being actually in camp on Sundays and Holidays………..

8. सरकार या सरकार द्वारा वित्तपोषित संगठन द्वारा मुहैया किए गए फ्री बोर्ड एवं अस्थाई वासस्थान के दिनों.....

 Dates on which free board and/or lodging provided by the State or any organisation financed by State funds:-

 (क/a) बोर्ड मात्र/Board only……………………………

 (ख/b) आवास मात्र /Lodging only… ………..…………….

 (ग/c) बोर्डिंग व आवास मात्र/Boarding and lodging…………………

9. होटल / अन्य प्रतिष्ठानों में बोर्ड और / आवास करके निर्धारित शुल्क में रहने के लिए दैनिक भत्ते के उच्च दर का दावा किए जाने पर बोर्डिंग व आवास होटल रसीद आदि विवरण के साथ निर्धारित शुल्क प्रस्तुत करें । Particulars to be furnished along with the hotel receipts etc. in case where higher rate of Daily Allowance is claimed for stay in hotel/other establishments providing board and/or lodging scheduled tariff.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| रुकने की अवधि/ Period of Stay | होटल का नाम/Name of the Hotel | प्रभार की गई दर का दैनिक दर शुल्क / Daily rate of lodging charged | संदेय कुल राशि Total Amoumt paid |
| से/From | तक/To |  | रु/Rs  | पै/Ps | रु/Rs  | पै/Ps |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

-:3:-

10. सरकारी कर्मचारी द्वारा उच्च श्रेणी में यात्रा किया हों, जो अर्हक यात्रा श्रेणी से ऊपर हो, तो संबंधित यात्रा के ब्यौरे प्रस्तुत

 करें । Particulars of journey(s) for which higher class of accomodation than the one to which the

 Government Servant is entitled was used.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| दिनांकDate | स्थानों के नामName of Places | यात्रा में प्रयुक्त किया गया वाहन/ Mode of conveyance used | अर्हक श्रेणी/Class to which entitled | यात्र की गई श्रेणी/Class by which travelled | अर्हक श्रेणी का किराया/Fare of the entitled class |
|  | से/From | तक/To |  |  |  |  | रु/Rs. | पैसा/Ps. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| टिप्पणीः यदि उच्च श्रेणी की यात्रा सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से किया है, तो उक्त अनुमोदन पत्र संख्या तथा तिथि का उल्लेख करें/Note: If the journey(s) by higher class of accommodation has been performed with the approval of the competent authority, the number and date of sanction may be quoted |
| 11. रेल मार्ग से जुडे हुए स्थानों के बीच सडक मार्ग से किए गए यात्रा संबंधी ब्यौरा/ Details of journey(s) performed by road between places connected by rail: |
| तिथि/Date | स्थान का नामName (s) of Places (s) | पात्र श्रेणी का किरायाFare of the entitled class | अभ्युक्तियाँ/Remarks |
|  |  | से/From | तक/To | रु./Rs. | पैसे/Ps. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 12. यदि यात्रा भत्ता अग्रिम लिया हो, ली गई अग्रिम राशि............................................... Amount of Advance of Travelling Allowance,if any,  drawn……………….Rs……………………………………..प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास में सही है ।Certified that the information, as given above, is true to the best of my knowledge and belief. सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of the Govt.Servant |
| -:4:- |
|  भाग-ख/PART-Bबिल अनिभाग के द्वारा भरा जाए /To be filled in by the bill sectionयात्राभत्ता पर पात्र कुल राशि ......................रु.........निम्नप्रकार है ।The net entitlement on account of Travelling Allowance works out to Rs………………….(Rupees ……………………………………….)as detailed below:क/a रेलवायु/बस/स्टीमर की किराया/Railway / Air /Bus /Steamer fare |  | रु/Rs | पैसे/Ps. |
|  |  |
| 1. ..............कि.मी. के लिए रोड मील

b. Road mileage for ………………………Kms.@.......................................................... Paise/Km. |  |  |  |
| 1. दैनिक भत्ता/ c. Daily Allowance ………..... रु प्रतिदिन/ per day

 (i)……………………… …..………………… रु प्रतिदिन days @ (ii) …………………………………….…….. रु प्रतिदिन/per day(iii)………………………………………….… रु प्रतिदिन/per day (iv)…………………………………………….. रु प्रतिदिन /per day |  |  |  |
| घ./d. वास्तविक खर्चा/Actual expenses.i)…………………………………..….…(ii) ………………………………………..(iii)……………………………………….…(iv)………………………………………….कुल राशि/Gross Amountड./(e) वाऊचर सं. ................. के द्वारा ली गई (यदि कोई हो)यात्रा भत्ता अग्रिम राशि घटा कर Less amount of advance of T.A. if any, drawn-vide voucher No…………दिनांक/Dated………………………….. Net Amountइस खर्चा ................में डेबिट किया जाता है/This expenditure is debitable to…………….  बिल लिपिक प्रतिहस्ताक्षरित आहरण एवं संवितरण अधिकारी का हस्ताक्षर Bill Clerk Countersigned Signature of Drawing and Disbursing Officer नियंत्रण अधिकारी का हस्ताक्षर Signature of the Controlling Officer

|  |
| --- |
| Less.Amout of advance of TA if any |

 |  |  |  |
|  |  |
|  |

 **No. IHMCT /ACCT/Form/06**

 **धारा-20/SECTION- XX FORM**

**होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान**

**INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**अवकाश यात्रा रियायत अग्रिम के अनुदान के लिए आवेदन फार्म**

**APPLICATION FORM FOR GRANT OF L.T.C. ADVANCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  सरकारी कम चारका नाम :Name of the Government Servant |  |
| 2. | पदनाम/Designation : |  |
| 3. | केन्द्रीय सरकार की सेवा में प्रवेश की तारख/Date of entering the Central Government Service |  |
| 4. | वर्तमान वेतन /Present Pay : |  |
| 5. | यदि स्थायी या अस्थायी / Whether permanent or temporary |  |
| 6. | सेवा-पंजी में प्रविष्टि के अनुसार निवास स्थान /Home town as recorded in the service book |  |
| 7. | यदि पति/पत्नी कार्य करता(ती) है, यदि हाँ, तो क्या अवकाश यात्रा रियायत के हक़दार है Whether wife/husband is employed and if so, Whether Entitled to LTC |  |

 हस्ताक्षर / SIGNATURE

दिनांक/DATE नाम/ NAME

 पदनाम/DESIGNATION

 लेखा अधिकारी/ A.O प्राचार्य/ PRINCIPAL

 **NO. IHMCT /ACCT/FORM/04**

**मेडि/MED-97-B**

**होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान**

**INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------- **मेडिकल दावों के लिए आवेदन पत्र का विवरण**

 **FORM OF APPLICATIONS FOR MEDICAL CLAIMS**

चिकित्सकीय उपस्थिति और / या केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों के लिए इलाज के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन पत्र, चिकित्सा उपस्थिति / उपचार के लिए अधिकृत चिकित्सा परिचार और अस्पताल/Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and / or treatment for Central Government servants and their families – for medical attendance / treatment taken both from the Authorised Medical Attendant and a Hospital

|  |  |
| --- | --- |
| 1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम/Name and designation of

Government servant  (साफ अक्षरों में)(In block letters)(i) यदि विवाहित या अविवाहित/Whether married or unmarried (ii)यदि पत्नी / पति कार्यरत जगह से शादी कर ली है/ If married the place where wife / husband is employed  |  |
| 1. जिस कार्यालय में नियोजित है/ Office in which employed
 |  |
| 1. 3. सरकारी कर्मचारी का वेतन, जो मूलभूत नियमों में परिभाषित किया
2. गया है, और कोई अन्य लाभ जो अलग से दिखाया जाना चाहिए /
3. Pay of the Government servant as defined in the Fundamental
4. Rules, and any other emoluments whichshould be shown
5. separately
 |  |
| 1. ड्यूटी का स्थान/Place of duty
 |  |  |
| 1. 5. वास्तविक आवासीय पता /Actual residential address
 |  |
| 6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसके संबंध ।**N.B**. --- बच्चों की उम्र की स्थिति भी सूचित करें  Name of the patient and his / her relationship to the Government servant. N.B. ---In the case of children state age also  |  |
| 7.जिस स्थान पर रोगी बीमार पड़ा है/Place at which the patient fell ill |  |
| 1. 8. दावा की गई राशि का विवरण /Details of the amount claimed .
 |  |
| 1. चिकित्सा उपस्थिति Medical Attendance—

 (i) परामर्श के लिए शुल्क का संकेत ---Fees for consultation indicating

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ए) चिकित्सा अधिकारी के नाम और पदनाम से परामर्श किया गया और अस्पताल या  डिस्पेंसरी जो संलग्न हैं / The name and designation of the medical officer  consulted and the hospital or dispensary to which attached. |    |  |  |
|  बी) परामर्श के लिए संख्या और तारीख और प्रत्येक परामर्श के लिए शुल्क का भुगतान/  The number and dates of consultation and the fee paid for each  consultation. |  |  |  |
|  सी) इंजेक्शन की संख्या और तिथियां और प्रत्येक के लिए भुगतान शुल्क इंजेक्शन/The  number and dates of injection and the fee paid for each injection. |  |  |  |

-:2:-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| डी) अस्पताल में क्या परामर्श और / या इंजेक्शन थे , चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या अस्पताल में, चिकित्सा के परामर्श कक्ष में अधिकारी या रोगी के निवास पर किया था /Whether consultations and / or injections were had at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient. ) |  |  |  |  |
|  (II) रोग, जीवाणु, रेडियोलॉजिकल, या निदान के दौरान किए गए  अन्य समान परीक्षणों का संकेत के लिए शुल्क/Charges for pathological,  bacteriological, radiological, or other similar tests undertaken during  diagnosis indicating –1. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण लिया गया; तथा/ the name of the hospital or laboratory where under taken; and

बी)क्या परीक्षणों अधिकृत चिकित्सा विशेषज्ञ की सलाह पर किए गए थे, यदि हां, तो उस प्रभाव का प्रमाण पत्र संबद्ध किया जाना चाहिए b)whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached |  |  |  |  |
| (III) बाजार से खरीदे गए दवाइयों की कीमत/ Cost of medicines  purchased from the market/    (नकद ज्ञापन और अनिवार्य रूप  का प्रमाणपत्र संबद्धित होना चाहिए)  (Cash memos and the essentially certificates should be attached) |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| II विशेषज्ञ के साथ तृतीय परामर्श/Consultation with specialistअधिकृत मेडिकल परिचर्या के अलावा विशेषज्ञ या किसी मेडिकल ऑफिसर को दी जाने वाली फीस, जो दर्शाता है /- Fees paid to Specialist or a Medical Officer other than the authorized medical attendant , indicatingए) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के नाम और पदनाम से परामर्श किया गया है और जो अस्पताल संलग्न है/ The name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached. बी) परामर्श के लिए संख्या और तारीख और प्रत्येक परामर्श के लिए  शुल्क लगाए गए शुल्क /Number and dates of consultations and the  fees charged for each consultationसी) परामर्श परामर्श विशेषज्ञ या मेडिकल अधिकारी के परामर्श कक्ष में, या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी या मरीज के निवास पर परामर्श कक्ष में अस्पताल में था/Whether consultation was had at the hospital at the consulting room of the Specialist or Medical Officer, or at the consulting room of the specialist or Medical Officer or at the residence of the patient.डी) क्या विशेषज्ञ या मेडिकल ऑफिसर से अधिकृत मेडिकल परिचर्या की सलाह में परामर्श किया गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व अनुमोदन प्राप्त की गई थी। यदि हां, तो उस प्रभाव का एक प्रमाण संबद्धित किया जाना चाहिए /Whether the Specialist or Medical Officer was consulted in the advice of the authorized medical attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached. |  |  |
|  |  |

  -:3:-

|  |  |
| --- | --- |
| 9. कुल राशि का दावा किया गया/ Total amount claimed |  |
| 10..... लिए गए अग्रिम को कम करके/ Less advance taken on….... . |  |
| 11. दावा किया बाकी राशि / Net amount claimed.. |  |
| 12. संलग्नकों की सूची/ List of enclosures. |  |

 सरकार के सेवक द्वारा हस्ताक्षर किए जाने का घोषणा/DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANTमैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि आवेदन में दिए गए बयान मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति को चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह मुझपर निर्भर है । I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person to whom the medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.  सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर Signature of the Governement Servant &  दिनांकः Date: कार्यालय का नाम जिसमें संबद्ध किया है/ Office in which attached.  |

**NO. IHMCT /ACCT/FORM/03**

**होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान**

**INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------ **मेडिकल दावों के लिए आवेदन पत्र का विवरण -मेडि**.97 **FORM OF APPLICATIONS FOR MEDICAL CLAIMS MED-97**

चिकित्सकीय उपस्थिति और / या केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों के लिए इलाज के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन पत्र, चिकित्सा उपस्थिति / उपचार के लिए अधिकृत चिकित्सा परिचार और अस्पताल/Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and / or treatment for Central Government servants and their families – for medical attendance / treatment taken both from the Authorised Medical Attendant and a Hospital

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम/Name and designation of Government servant

 (साफ अक्षरों में)(In block letters)I. यदि विवाहित या अविवाहित/Whether married or unmarried II यदि पत्नी / पति कार्यरत जगह से शादी कर ली है/If married the place where wife / husband is  employed  |  |
| 1. जिस कार्यालय में नियोजित है/ Office in which employed
 |  |
| 1. 3. सरकारी कर्मचारी का वेतन, जो मूलभूत नियमों में परिभाषित किया गया है, और कोई अन्य लाभ जो
2. अलग से दिखाया जाना चाहिए /Pay of the Government servant as defined in the
3. Fundamental Rules, and any other emoluments whichshould be shown separately
 |  |
| 1. ड्यूटी का स्थान/Place of duty
 |  |
| 1. 5. वास्तविक आवासीय पता /Actual residential address
 |  |
| 1. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसके संबंध/। Name of the patient and his / her

relationship to the Government servant.**N.B**. --- बच्चों की उम्र की स्थिति भी सूचित करें N.B. ---In the case of children state age also  |  |
| 1. जिस स्थान पर रोगी बीमार पड़ा है/Place at which the patient fell ill
 |  |
| 1. 8. दावा की गई राशि का विवरण /Details of the amount claimed .
 |  |
| 1. चिकित्सा उपस्थिति Medical Attendance—

 (I) परामर्श के लिए शुल्क का संकेत ---Fees for consultation indicating

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ए) चिकित्सा अधिकारी के नाम और पदनाम से परामर्श किया गया और अस्पताल या डिस्पेंसरी जो संलग्न हैं/  The name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary  to which attached. |  |  |  |
|  बी) परामर्श के लिए संख्या और तारीख और प्रत्येक परामर्श के लिए शुल्क का भुगतान/ The number and  dates of consultation and the fee paid for each consultation. |  |  |  |
|  सी) इंजेक्शन की संख्या और तिथियां और प्रत्येक के लिए भुगतान शुल्क इंजेक्शन/The number and dates  of injection and the fee paid for each injection. |  |  |  |
| डी) अस्पताल में क्या परामर्श और / या इंजेक्शन थे , चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या अस्पताल में, चिकित्सा के परामर्श कक्ष में अधिकारी या रोगी के निवास पर किया था /Whether consultations and / or injections were had at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient. ) |  |  |

-:2:- |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  (II) रोग, जीवाणु, रेडियोलॉजिकल, या के लिए शुल्क निदान के दौरान  किए गए अन्य समान परीक्षणों का संकेत /Charges for pathological,  bacteriological, radiological, or other similar tests undertaken during  diagnosis indicating –1. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां लिया गया; तथा/(a) the name of the hospital or laboratory where under taken; and

 बी) क्या परीक्षणों की सलाह पर किए गए थे अधिकृत चिकित्सा परिचर  यदि हां, तो उस प्रभाव का प्रमाण पत्र संलग्न होना चाहिए  b) whether the tests were undertaken on the advice of the authorised  medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached |  |
| (III) बाजार से खरीदे गए दवाइयों की कीमत/ Cost of medicines  purchased from the market    (नकद ज्ञापन और अनिवार्य रूप का प्रमाणपत्र संबद्धित होना चाहिए)  (Cash memos and the essentially certificates should be attached) |  |
| **(B)** अस्पताल **उपचार/Hospital Treatment**. |
|  अस्पताल का नाम/ Name of the hospitalI) आवास (सूचित करें कि स्थिति के अनुसार हो या सरकारी कर्मचारी  के वेतन के अनुसार हो और जिन मामलों में जहां आवास सरकारी  सेवक की स्थिति से अधिक है, एक प्रमाणपत्र संबद्धित होना चाहिए  कि जो आवास केलिए पात्र था वह उपलब्ध नहीं था)I) Accommodation (State whether it was according to the status or  pay of the Government servant and in cases where the accommo-  dation is higher than the status of the Government servant , a  certificate should be attached to the effect that the accommodation  to which he was entitled was not available) |  |
| II) आहार /Diet |  |
| III) शल्य चिकित्सा या चिकित्सा उपचार या प्रसवावस्था/Surgical  operation or medical treatment or confinement. |  |
| IV) रोग, जीवाणु, रेडियोलॉजी से संबंधित या अन्य समान परीक्षण जो  सूचित करता है /Pathological, bacteriological, radiological or other  similar tests indicating—1. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण लिया गया, तथा /

The name of the hospital or laboratory at which under taken, and  ख. यदि अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी के सलाह पर लिया गया है ।  यदि हां, तो उसके लिए एक प्रमाण पत्र संबद्धित होना चाहिए/Whether  under taken on the advice of the medical officer in charge of the  case at the hospital. If so, a certificate to that effect should be  attached. |    |
| V) दवाएं/Medicines.\*\*\*\* |  |
| vi. विशेष दवाइयां (नकद मेमो और अनिवार्यता प्रमाण पत्र संबद्धित होना  चाहिए ।)/Special medicines (Cash memos and the essentiality  certificates should be attached) |   |
| -:3:- |
| Vii. सामान्य नर्सिंग Ordinary nursing |  |  |
| Viii. विशेष नर्सिंग, अर्थात्, विशेष रूप से रोगी के लिए लगे नर्स । बताएं  कि मामले के लिए क्या वे अस्पताल के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी  की सलाह पर कार्यरत हैं या सरकार नौकर या मरीज के अनुरोध में  कार्यरत है । पूर्व मामले में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का एक  प्रमाण पत्र जो अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षर  किया हुआ संलग्नित किया जाना चाहिए/ Special nursing, i.e., nurses  specially engaged for the patient.State whether they are employed  on the advice of the medical officer in charge of the case at the  hospital or at the request of the Govt. Servant or patient. In the  former case a certificate from the medical officer in charge of the  case and countersigned by the Medical Superintendent of the  hospital should be attached. |    |

|  |  |
| --- | --- |
| IX एम्बुलेंस शुल्क (यात्रा किए गए विवरण दें) Ambulance charges  (State the journey – to and form undertaken) |  |

 नोट 1. यदि उपचार सरकार द्वारा प्राप्त हुआ था सेवक अपने निवास पर, राज्य सेवा सचिव (एमए) नियम 1 9 38 के नियम 8 के तहत या सीएस (एमए) नियम 1 9 44 के नियम 7 को इस तरह के उपचार का विवरण देते हैं और इन नियमों के अनुसार अधिकृत मेडिकल परिचर्या से प्रमाण पत्र संलग्न करते हैं। नोट-2 हटाए गए वीडियो द्वारा ओ.एम. दिनांक 1/17 / -000007NOTE 1. If the treatment was received by the Govt. servant at his residence, under Rule 8 of the Secretary of States Service(MA) Rules 1938 or Rule 7 of the C.S.(MA) Rules 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorized medical attendant as required by these rules.NOTE-2 Deleted vide O.M. dated 1/17/-10-2007

|  |
| --- |
| III विशेषज्ञ के साथ तृतीय परामर्श/ Consultation with Specialist  अधिकृत मेडिकल परिचर्या के अलावा विशेषज्ञ या किसी मेडिकल ऑफिसर को दी जाने वाली फीस, जो दर्शाता है Fees paid to  Specialist or a Medical Officer other than the authorized medical attendant , indicating –क) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के नाम और पदनाम से परामर्श किया गया है और जो अस्पताल संलग्न हैबी) परामर्श के लिए संख्या और तारीख और प्रत्येक परामर्श के लिए शुल्क लगाए गए शुल्क1. परामर्श परामर्श विशेषज्ञ या मेडिकल अधिकारी के परामर्श कक्ष में, या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी या मरीज के निवास पर

 परामर्श कक्ष में अस्पताल में था ।घ) क्या विशेषज्ञ या मेडिकल ऑफिसर से अधिकृत मेडिकल परिचर्या की सलाह में परामर्श किया गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक  चिकित्सा अधिकारी की पूर्व अनुमोदन प्राप्त की गई थी। यदि हां, तो उस प्रभाव का एक प्रमाण संलग्न किया जाना चाहिए । 1. The name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached.
2. Number and dates of consultations and the fees charged for each consultation
3. Whether consultation was had at the hospital at the consulting room of the Specialist or Medical Officer, or at the consulting room of the specialist or Medical Officer or at the residence of the patient.
4. Whether the Specialist or Medical Officer was consulted in the advice of the authorized medical attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached.
 |

-:4:-

|  |  |
| --- | --- |
| 9. कुल दावा की गई राशि /Total amount claimed..  |  |
| 10. .... को ली गई अग्रिम की राशि कम करने पर / Less  advance taken on... .. |  |
| 11. दावा की गई नेट राशि /Net amount claimed.. |  |
| 12. संलग्नकों की सूची / List of enclosures… |  |

|  |
| --- |
| सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षरित किए जाने का घोषणाDECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANTमैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि आवेदन में दिए गए बयान मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति को चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह निर्भर है ।I hereby declare that the statements in the application are true to the best pf my knowledge and belief and that the person to whom the medical expenses were incurred is wholly dependent upon me . सरकारी सेवक का हस्ताक्षर जहाँ उनको संबद्ध किया हैSignature of the Governement Servant & Office in which attached. |

**No. IHMCT /ACCT/FORM/12** धारा-20/ SECTION- XX**होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान****INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY****कोवलम, तिरुवनन्तपुरम/ THIRUVANANTHAPURAM, – 695 527, केरल/KERALA****एल.टी.सी. को उपलब्ध कराने की अनुमति के लिए आवेदन फार्म****(आवास नगर / भारत में किसी भी स्थान पर)**APPLICATION FORM FOR GRANT OF PERMISSION TO AVAIL L.T.C.(HOME TOWN/ANY PLACE IN INDIA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | कर्मचारी का नाम / Name of the Employee |  |
| 2. | पदनाम/Designation |  |
| 3. | कार्यग्रहण की तिथि/Date of joining |  |
|  4. | वेतन/Pay  |  |
| 5. | सेवा पंजी के रिकार्ड के अनुसार आवास नगर नगर/ Home town as recorded in the service book |  |
| 6. | क्या पत्नी / पति नियोजित किया गया है और यदि हां, तो क्या, एलटीसी के लिए हकदार है/Whether wife/husband is employed and if so, Whether entitled to LTC  |  |
| 7. | क्या एलटीसी का उपयोग 'होम टाउन' के लिए किया जा रहा है, और यदि ऐसा ब्लॉक जिसके लिए कौन सा एलटीसी का लाभ उठाया जाना है/Whether LTC isto be availed for visiting ‘Home Town, & if so block for which LTC is to be availed |  |
| 8. | क्या, एलटीसी का उपयोग 'भारत में किसी भी स्थान' पर जाने के लिए है, उस जगह का नाम तथा  किस ब्लॉक के लिए एलटीसी का लाभ उठाया जाना है/ Whether LTC is to be availed for visiting ‘Any place in India’, the place to be visited & block for which LTC is to be availed  |  |
| 9. | एलटीसी प्रयोजन के लिए आवेदित/स्वीकृत अवकाश का विवरण / Details of Leave applied for/sanctioned for LTC purpose |  |

10. जिन सदस्यों केलिए एलटीसी का उपयोग करने का प्रस्ताव है/Persons in respect of whom LTC is proposed to be  availed

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| क्रम सं Sl.No | व्यक्तियों का नाम जिनके संबंध में एलटीसी का लाभ उठाया जा रहा है/ Name of the persons in respect of whom LTC is to be availed | आयु/Age | कर्मचारी से संबंध/ Relationsip with the employee |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

11. एलटीसी के दौरान एलटीसी अग्रिम/नकदीकरण का लाभ उठाने का प्रस्ताव क्या है? यदि हां, तो अलग-अलग आवेदन निर्धारित फॉर्म में जमा करना है/Whether propose to avail LTC Advance / Encashment of E.L during LTC. If so, separate application is to be submitted in the prescribed form.  हस्ताक्षर/SIGNATUREस्थान/PLACE:तिथि/DATE: **No. IHMCT /ACCT/FORM/07**जी.ए.आर.14-सी केन्द्रीय/CENTRAL**होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान****INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY****कोवलम, तिरुवनन्तपुरम/ THIRUVANANTHAPURAM, – 695 527, केरल/KERALA****एल.टी.सी. बिल/L T C BILL** ……से…..तक के ब्लॉक कैलेंडर वर्ष के लिए FOR THE BLOCK/CALENDAR YEAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **भाग ए/**PART – A (सरकार सेवक द्वारा भरने के लिए)(TO BE FILLED BY THE GOVERNMENT SERVANT)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | नाम /Name  |  |
| 2 | पदनाम/ Designation |  |
| 3 | मूल वेतन आगे की यात्रा की तिथि के अनुसार)/ Basic Pay .............(As on date of onward journey) |  |
| 4 | मुख्यालय/ Headquarters  |  |
| 5 | क)अवकाश का स्वभाव/ Nature of Leave  ख) अवधि /Period: | .............से...................तकFrom………….To............ |
| 1. परिवार के सदस्यों के विवरण, जिनके संबंध में एलटीसी का दावा किया गया है/Particulars of members of family in

respect of whom the LTC has been claimed |
| क्रम सं /Sl.No | नाम /Name | आयु / Age | सरकारी कर्मचारी से रिश्ता / Relationship with Government Servant |
|  |   |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 7.सरकारी कर्मचारी और उसके परिवार के सदस्यों द्वारा किए गए यात्रा (यात्रा) का विवरण /Details of journey(s) performed by Government Servant and the members of his/her family . |
| दिनांक और समय/Date & Time | से/From | दिनांक और समय/Date & Time | तक /To | यात्रा की दूरी (किमी/Distance (Kms) | यात्रा की रीति/Mode of Travel | आवास की श्रेणी/ Class of Accommodation | टिकट के किराए की संख्या/ No. of fares | दिया गया टिकट का किराया/Fare PaidRs Ps. | अभ्युक्तियाँ/ Remarks |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | अग्रिम राशि, यदि कोई प्राप्त किया हो/ Amount of advance, if any drawn Rs:- |  |
| 9. यात्रा (यात्रा) के विवरण जिसके लिए सरकारी कर्मचारी की पात्रता से अधिक आवास की उच्च श्रेणी का उपयोग किया गया  था (स्वीकृति संख्या और तिथि दी जानी चाहिए)/Particulars of journey(s) for which higher class of accommodation  than the one to which the Government Servant is entitled was used. ( Sanction No. and date to be given) |
| स्थान/Place | यात्रा की रीति /Mode of Conveyance | पात्र श्रेणी/Class to which Entitled | यात्रा की गई श्रेणी /Class by which Travelled | टिकट के किराए की संख्या/No. of fares | दिया गया टिकट का किराया/Fare Paid |
| से/From | तक/To |
| Rs | Ps. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| -:2:-10. रेलवे से जुड़ी जगहों के बीच की सड़कों द्वारा किए गए यात्रा (यात्रा) के विवरण: Particulars of Journey(s) performed by the road between places connected by rail: |
| स्थानों के नाम/Names of places | पात्र श्रेणी/Class to which entitled | रेल किराए Rail FareRs. Ps. |
| से/From | तक/To |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

प्रमाणित किया जाता है/CERTIFIED THAT : -1. ऊपर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही है/The information as given above is true to the best of my knowledge and belief; और/and

2. यह कि मेरे पति/पत्नी को सरकारी सेवा में नियोजित नहीं किया गया है / कि मेरे पति / पत्नी को सरकारी सेवा में नियोजित किया गया है और रियायत उनके द्वारा स्वयं/स्वयं के लिए या परिवार के किसी भी सदस्य के लिए अलग से नहीं मिली थी संबंधित ब्लॉक वर्ष \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_\_ That my husband /wife is not employed in Government service/that my husband /wife is employed in Government Service and the concession had not been availed of by him/her separately for himself/herself or for any of the family members for the concerned block year \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_\_ तिथिः सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर **भाग- बी**/**PART –B**(बिल अनुभाग से भरे जाने के लिए) (To be filled by Bill section) 1. अवकाश रियायत के संबंध में कुल पात्रता …………. रुपए (शब्दों में) …………………………. The net entitlement an account of Leave Travel Concession works out Rs ……………………………  (in words) Rupees \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Rs | Ps |
|  |  |
|  |  |

ए) रेलवे/वायु मार्ग/बस/स्टीमर किराया रुपए ............................ Railway/Air/Bus/ Steamer Fare Rs ................................................... बी) ली गई अग्रिम की राशि ........................................................ बिल के द्वारा ............. दिनांक .............रुपए .............घाट कर बाकी राशि ............ रुपए / Less Amount of advance drawn Rs .............. Vide Bill No ........ Dated ..........Rs ............Net Amount ........... Rs .........2. व्यय डेबिट सक्षम है .............................प्रमुख प्रधान ............. Expenditure is debitable to .............. Major head ......................Sub head \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिल क्लर्क  आहरण और वितरण अधिकारी  Drawing and Disbursing officer (Signature) (हस्ताक्षर)  प्रमाणित है कि श्री / श्रीमती / कुम की सेवा पुस्तिका में आवश्यक प्रविष्टियां की गई हैं/ Certified that necessary entries have been made in the service book of Shri /Smt /Kum  सेवा पुस्तिका में प्रविष्टियों को प्रमाणित करने के लिए अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर (Signatue of the Officer authorized to attest entries in the Service Book)**No. IHMCT /STUD/FORM/03****होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान****INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY****कोवलम, तिरुवनन्तपुरम/ THIRUVANANTHAPURAM, – 695 527****ट्यूशन शुल्क की प्रतिपूर्ति/REIMBURSEMENT OF TUITION FEE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| क्र.संSl.No | देय शुल्क का विवरण/Description of Fee Paid | रसीद संख्या Receipt No. | राशिAmount |
| 1. | ट्यूशन शुल्क**/**Tuition Fees  |  |  |
| 2. | प्रवेश शुल्क/Admission Fees | ` |  |
| 3. | कृषि इलेक्ट्रॉनिक्स, संगीत या किसी अन्य विषय के लिए विशेष शुल्क/ Special fee charged for Agriculture Electronics, music or any other subject |  |  |
| 4. | कार्य अनुभव के कार्यक्रम के तहत व्यावहारिक कार्य के लिए लगाया शुल्क /Fee charged for practical work under the programme of work experience |  |  |
| 5. | बच्चे द्वारा किसी सहायता या उपकरण के उपयोग के लिए देय शुल्क/ Fee paid for the use of any aid or Appliance by the Child |  |  |
| 6. | खेलकूद/खेल शुल्क/Games/Sports Fee |  |  |
| 7. | प्रयोगशाला शुल्क/Laboratory Fee |  |  |
| 8. | पुस्तकालय शुल्क/Library Fee |  |  |
| 9. | अतिरिक्त पाठ्यक्रम गतिविधियों के लिए शुल्क /Fee for extra Curricular activities |  |  |
| 10. | टेक्स्ट बुक और नोट बुक के एक सेट के लिए किए गए व्यय /Expenses incurred for One set of text book and note books |  |  |
| 11. | एक/दो सेच वर्दी के लिएकिए गए खर्चा/Expenses incurred for One/Two set of Uniform |  |  |
| 12. | एक सेट स्कूल के जूतों के लिए किए गए खर्चा/ Expenses incurred for One set of School Shoes |  |  |
|  | कुल/Total |  |  |

 ( छात्र का हस्ताक्षर)DATE: (SIGNATURE OF STUDENT)**REMARKS IF ANY:****नियंत्रण अधिकारी का हस्ताक्षर/SIGNATURE OF CONTROLLING OFFICER स.ले.अ/वि.के अ /**AAO/HOD**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------****No. IHMCT /ESTT/FORM/09****होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान****INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY** **(पर्यटन मंत्रालय के अधीन का स्वायत्त निकाय), भारत सरकार,** **(An Autonomous Body under Ministry of Tourism, Government of India),** **कोवलम, तिरुवनन्तपुरम/ THIRUVANANTHAPURAM, – 695 527, केरल/KERALA****---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** **-आकस्मिक अवकाश/प्रतिबंधित अवकाश के लिए आवेदन****APPLICATION FOR CASUAL LEAVE/R.H.**

|  |  |
| --- | --- |
| स्टाफ की संख्या/STAFF NO |  |
| आवेदक क नाम/NAME OF APPLICANT |  |
| संभाले हुए पद/POST HELD |  |
| मण्डल/अनुभाग/इकाई/DIVISION/SECTION/UNIT |  |
| **आकस्मिक अवकाश/प्रतिबंधित अवकाश की संख्या/** NO. OF DAYS OF CL/RH |  |
| अवकाश की अवधि/PERIOD OF LEAVE | …….....से...............तक |
| अवकाश का कारण/REASON FOR LEAVE |  |
| अवकाश के दौरान का पता/ADDRESS DURING LEAVE PERIOD & CONTACT TELEPHONE NUMBER |  |

 (आवेदक का हस्ताक्षर)DATE: (SIGNATURE OF APPLICANT)**REMARKS IF ANY:****नियंत्रण अधिकारी का हस्ताक्षर/SIGNATURE OF CONTROLLING OFFICER स.ले.अ/वि.के अ /**AAO/HOD**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** **कार्यालय उपयोग के लिए /FOR OFFICE USE-**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **अवकाश का स्वभाव/****KIND OF LEAVE** | **प्राप्य/DUE** | **उपलब्ध किया हुआ/AVAILED** | **शेष/BALANCE** |
| **आ.अ/CL** |  |  |  |
| **प्र.अ./R.H** |  |  |  |

 **का.अ. का हस्ताक्षर का.अ.का हस्ताक्षर मंजूर किया हुआ/नहीं किया हुआ प्राचार्य** SIGN OF CLERK SIGN OF O.S. SANCTIONED/NOT SANCTIONED PRINCIPALरा.भा./आआई.एच.एम.सी.टी/द्विभाषी प्रपत्र**No. IHMCT /ESTT/FORM/14****होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान****INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY** **(पर्यटन मंत्रालय के अधीन का स्वायत्त निकाय), भारत सरकार,** **(An Autonomous Body under Ministry of Tourism, Government of India),** **कोवलम, तिरुवनन्तपुरम/ THIRUVANANTHAPURAM, – 695 527, केरल/KERALA** **अवकाश के लिए / अवकाश बढ़ाने के लिए आवेदन****APPLICATION FOR LEAVE OR EXTENTION OF LEAVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | स्टाफ की संख्या/STAFF NO |  |
| 2. | आवेदक क नाम/NAME OF APPLICANT |  |
| 3. | संभाले हुए पद/POST HELD |  |
| 4. | मण्डल/अनुभाग/DIVISION/SECTION |  |
| 5. | **इंटरकॉम/टेलिफोन संख्या** /INTERCOM/TELEPHONE NO |  |
| 6. | मूल वेतन/BASIC PAY |  |
| 7. | वर्तमान पद में मकान किराया/अन्य प्रतिपूरक भत्ता प्राप्त किया है / HOUSE RENT & OTHER COMPENSATORY ALLOWANCE DRAWN IN THE PRESENT POST |  |
| 8. | अवकाश केलिए कारण/REASON FOR LEAVE |  |
| 9. | आवेदित अवकाश की अवधि/PERIOD OF LEAVE APPLIED | ……….से ……..तक |
| 10. | शनिवार, रविवार तथा अवकाश यदि कोई पूर्वयोजित/ अनुयोजित प्रस्तावित किया जाना है/SATURDAY,SUNDAY & HOLIDAY , IF ANY PROPOSED TO BE PREFIXED/SUFFIXED |  |
| 11. | जिस कारण केलिए अवकाश आवेदित किया है/GROUNDS ON WHICH LEAVE IS APPLIED FOR | EL/HPL/Commu Leave/EOL |
| 12. | पिछले अवकाश से वापसी की तिथि तथा उस अवकाश के स्वभाव और अवधि/DATE OF RETURN FROM LAST LEAVE & THE NATURE AND PERIOD OF THAT LEAVE |  |
| 13. | मेरेलिए .. ब्लॉक वर्ष के लिए यात्रा अवकाश रियायत केलिए प्रस्तावित/प्रस्तावित नहीं करता/करती है I PROPOSE/NOT PROPOSE TO AVAIL L.T.C. FOR THE BLOCK YEAR FOR MYSELF |  |
| 14. | अवकाश के दौरान का पता/ADDRESS DURING LEAVE PERIOD |  |

 (आवेदक का हस्ताक्षर)DATE: (SIGNATURE OF APPLICANT)**नियंत्रण अधिकारी का सिफारिश/RECOMMENDATIONS OF CONTROLLING OFFICER**-:2:-**कार्यालय उपयोग के लिए /FOR OFFICE USE****अवकाश के स्वीकार्यता से सम्बन्धित प्रमाण पत्र/****CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE**प्रमाणित किया जाता है कि दिनांक ............. से ............. तक ...........दिनों का अर्जित अवकाश/अर्धवेतन अवकाश/परिणत अवकाश/अतिरिक्त साधारण अवकाश केन्द्रीय नागरिक सेवा (अवकाश) नियमावली 1972 के अधीन स्वीकार्य है ।Certified that EL/HPL/Commuted Leave/EOL for …….. days, from……………to …………………… is admissible under Rules .…… of the Central Civil Services(Leave ) Rules 1972. हस्ताक्षर(दिनांक सहित) Signature (with date) पदनाम/Designation **अवकाश प्रदान करने के लिए सक्षम प्राधिकारी का आदेश****Orders of the authority competent to grant leave**हस्ताक्षर(दिनांक सहित) Signature (with date) पदनाम/Designation  यदि आवेदक किसी प्रतिपूरक भत्ते ले रहे हैं, यह आदेश में उल्लिखित किया जाए कि यदि अवकाश की समाप्ति पर सरकारी कर्मचारी उसी पद पर या उसी भत्ते के अन्य पद पर वापस आएगा ।If the applicant is drawing any Compensatory allowance, it should also be indicated in the order whether on the expiry of leave the Government servant is likely to return to the same post or another post carrying similar allowance.  रा.भा./आई.एच.एम.सी.टी/द्विभाषी प्रपत्र**No. IHMCT /ESTT/FORM/07****होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान****INSTITUTE OF HOTEL MANAGEMENT & CATERING TECHNOLOGY** **(पर्यटन मंत्रालय के अधीन का स्वायत्त निकाय), भारत सरकार,** **(An Autonomous Body under Ministry of Tourism, Government of India),** **कोवलम, तिरुवनन्तपुरम/ THIRUVANANTHAPURAM, – 695 527, केरल/KERALA****-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** **संतान पालन अवकाश के लिए आवेदन****APPLICATION FOR CHILD CARE LEAVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | आवेदक क नाम/NAME OF APPLICANT |  |
| 2. | पदनाम/DESIGNATION |  |
| 3. | विभाग/कार्यालय/अनुभाग/DEPARTMENT/OFFICE/SECTION |  |
| 4. | बच्चे का नाम, जिसकेलिए **संतान पालन अवकाश** आवेदित किया है NAME OF CHILD FOR WHOM CHILD CARE LEAVE IS APPLIED FOR  |  |
| 5. | **बच्चे की जन्म तिथि/**DATE OF BIRTH OF THE CHILD |  |
| 6. | बच्चे को 18 वर्ष की आयु कब होगा /DATE ON WHICH CHILD WILL BE ATTAINING 18 YEARS. |  |
| 7. | क्या बच्चा दो ज्येष्ठ संतानों के बीच का है ? IS THE CHILD AMONG THE TWO ELDEST CHILDREN |  |
| 8. | खाते का अर्जित अवकाश(आजतक का)/ E.L. IN CREDIT(AS ON DATE) |  |
| 9. | आवेदित अवकाश की अवधि/PERIOD OF LEAVE APPLIEDअवकाश यदि कोई पूर्वयोजित/ अनुयोजित प्रस्तावित किया जाना है/ PREFIX/SUFFIX OF HOLIDAYS, IF ANY | ……….से ……..तक |
| 10. |  जिस कारण केलिए अवकाश आवेदित किया है/REASONS FOR WHICH LEAVE IS APPLIED FOR |  |
| 11. | अब तक कितने **संतान पालन अवकाश** उपलब्ध किया है /TOTALCHILD CARE LEAVE AVAILED TILL DATE |  |
|  | (A)यदि स्टेशन छोडने की अनुमति अनिवार्य है WHETHER PERMISSION TO LEAVE STATION IS REQUIRED(B) यदि हाँ तो, अवकास की अवधि के दौरान पता IF YES, ADDRESS DURING LEAVE PERIOD |  |
| 13. | पिछले अवकाश से वापसी की तिथि तथा उस अवकाश के स्वभाव और अवधि/DATE OF RETURN FROM LAST LEAVE & THE NATURE AND PERIOD OF THAT LEAVE |  |

 (आवेदक का हस्ताक्षर)DATE: (SIGNATURE OF APPLICANT) स्टाफ संख्या/STAFF NO………**नियंत्रण अधिकारी की अभ्युक्तियाँ/REMARKS OF CONTROLLING OFFICER** **No. IHMCT /ESTT/FORM/13** सेवा में/To प्राचार्य/The Principal, होटल प्रबन्ध और खानपान प्रौद्योगिकी संस्थान,  कोवलम/Kovalam, तिरुवनन्तपुरम/Thiruvananthapuramकार्यग्रहण रिपोर्ट(अवकाश व्यतीत करने के बाद)/JOINING REPORT (After availing Leave) दिनांक -------------------- से ----------------तक ----- दिनों की अर्जित अवकाश चिकित्सा अवकाश/अर्धवेतन अवकाश पर परिवर्तित अवकाश प्राप्त करने के बादमैं आज, .........................................................के पूर्वाह्न में ट्यूटी पर कार्याग्रहण कर रहा/रही हूँ ।  I hereby report for duty in the F.N. of today, --------------------------- after availing EL/ Commuted Leave on MC/HPL for--------------------------------- days from------------------------------------- to---------------------------------------------- हस्ताक्षर/ Signature : नाम/Name : पदनाम/ Designation :  कोवलम/ Kovalamदिनांक: |