



साहा इंस्टिट्यूट ऑफ न्यूक्लियर फिजिक्स
SAHA INSTITUTE OF NUCLEAR PHYSICS
सेक्टर-I ब्लॉक-‘एफ’, बिधाननगर, कोलकाता-7000064
SECTOR-I, BLOCK-‘AF’, BIDHANNAGAR, KOLKATA-700064

प्रपत्र-2/FORM-2

केंद्रीय सिविल सेवा (पेंशन का संराशीकरण) नियमावली, 1981 के नियम 18 के अनुसार, एक आवेदक द्वारा चिकित्सीय परीक्षा के पश्चात पेंशन के संराशीकरण हेतु आवेदन प्रपत्र
FORM OF APPLICATION FOR COMMUTATION OF PENSION AFTER MEDICAL EXAMINATION BY AN APPLICANT REFERRED TO IN RULE 18 OF THE CENTRAL CIVIL SERVICES (COMMUTATION OF PENSION) RULES, 1981

भाग-1/PART-I

सेवा में/To,
निदेशक महोदय/The Director,
साहा इंस्टिट्यूट ऑफ न्यूक्लियर फिजिक्स
Saha Institute of Nuclear Physics
1/एफ, बिधान नगर, कोलकाता-700064
1/AF, Bidhan Nagar, Kolkata-700064.

Space for
Passport Size
Photograph

विषय: चिकित्सीय परीक्षा के पश्चात पेंशन का संराशीकरण।
Sub.: Commutation of Pension after Medical Examination

महोदय/Sir,

केंद्रीय सिविल सेवा (पेंशन का संराशीकरण) नियमावली, 1981 में निहित प्रावधानों के अनुसार, मैं अपनी पेंशन की राशि के एक हिस्से का संराशीकरण करना चाहता/चाहती हूँ। मेरी फोटो की एक साक्ष्यांकित प्रति आवेदन पत्र पर चिपकाई गई है और बिना साक्ष्यांकित फोटो की एक प्रति इस आवेदन पत्र के साथ संलग्न है। आवश्यक व्योरे नीचे दिए गए हैं:

I desire to commute a fraction of my pension in accordance with the provisions of the Central Civil Services (Commutation of Pension) Rules, 1981. An attested copy of my photograph is pasted on the application and an unattested copy is enclosed. The necessary particulars are furnished below:

1. नाम (बड़े अक्षरों में)/Name (in Block Letters)
2. पिता का नाम (महिला सरकारी कर्मचारियों के मामले में पति का नाम)
Father's Name (also husband's name in the case of a Female Government Servant)
3. सेवानिवृत्ति / Designation
4. जन्म तिथि (ईस्वी में)/Date of birth (in Christian Era)
5. सेवानिवृत्ति की तारीख/Date of Retirement
6. पेंशन की श्रेणी जिसमें सेवानिवृत्त हुए
Class of Pension on which retired
7. प्राधिकृत की गई पेंशन की राशि (अगर संपूर्ण पेंशन को प्राधिकृत नहीं किया गया है तो, इस स्थिति में अस्थायी पेंशन की राशि को चिन्हित कीजिए)
Amount of pension authorized. (indicate the amount of provisional pension, if full pension has not been authorized).
8. *पेंशन का वह हिस्सा, जिसका संराशीकरण किया जाना है
*Percentage of pension proposed to be commuted
9. पेंशन भुगतान आदेश, यदि जारी किया गया है, की संख्या तथा तिथि
No. & date of the Pension Payment Order, if issued
10. (i) संपूर्ण डाक का पता सहित राष्ट्रीयकृत बैंक की शाखा का नाम
Branch of the Nationalized Bank with Complete postal address
(ii) बैंक खाता संख्या जिसमें प्रति माह पेंशन की राशि जमा की जानी है
Bank Account No. to which monthly pension is being credited each month
11. अनुमानित तारीख, जब से पेंशन का संराशीकरण किया जाना है
Approximate date from which commutation I desired to have effect
12. पहले से ही की जा चुकी पेंशन की संराशीकृत राशि
The amount of pension already commuted, if any

स्थान/Place: _____

दिनांक/Date: _____

हस्ताक्षर/Signature: _____

डाक का पता/Postal Address: _____

* आवेदक को अपनी इच्छानुसार, अपने मासिक पेंशन की राशि को अधिकतम 40 प्रतिशत के किसी हिस्से के रूप में चिन्हित करना है, ना कि रुपये में।

* The applicant should indicate the percentage of the amount of the monthly pension subject to maximum of 40% thereof which he desires and not the amount in Rupees.

भाग-2 / PART-II

पावती / ACKNOWLEDGEMENT

श्री/श्रीमती _____ (नाम), _____ (पूर्व पदनाम) से प्रपत्र-2 के भाग-I में आवेदन प्राप्त किया जिसमें बिना चिकित्सीय परीक्षा के पेंशन की राशि का संराशीकरण किया गया है।

Received from Shri/Smt. _____ (name) _____ (former designation) application in Part-I of Form-2 for the commutation of a percentage of pension without medical examination.

स्थान/Place: _____

दिनांक/Date: _____

हस्ताक्षर/Signature: _____

एसआईएनपी/SINP