



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-I क/FORM-I A

चिकित्सीय परीक्षा के बिना अधिवर्षिता पेंशन के किसी हिस्से की राशि का संराशीकरण किए जाने हेतु आवेदन पत्र जहां आवेदक की यह इच्छा हो कि उसके पेंशन की संराशीकृत राशि का भुगतान, पेंशन भुगतान आदेश के माध्यम से किया जाए

FORM OF APPLICATION FOR COMMUTATION OF A PERCENTAGE OF SUPERANNUATION PENSION WITHOUT MEDICAL EXAMINATION WHEN APPLICANT DESIRES THAT THE PAYMENT OF THE COMMUTED VALUE OF PENSION SHOULD BE AUTHORIZED THROUGH THE PENSION PAYMENT ORDER

(सेवानिवृत्ति की तारीख से कम से कम तीन माह पहले दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए)
(To be submitted in duplicate at least three months before the date of retirement)

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.

विषय: चिकित्सीय परीक्षा के बिना पेंशन का संराशीकरण।
Sub.: Commutation of Pension without 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:

I desire to commute a percentage of my pension in accordance with the provisions of the Central Civil Services (Commutation of Pension) Rules, 1981. 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. पद / Designation
4. जन्म तिथि (ईस्वी में)/Date of birth (in Christian Era)
5. अधिवर्षिता अथवा सेवा के विस्तार की अवधि के समाप्त होने पर सेवानिवृत्त होने की तारीख
Date of Retirement on Superannuation or on the expiry of extension in service granted
6. *अधिवर्षिता पेंशन का वह हिस्सा, जिसका संराशीकरण एफआर 57(घ) के अधीन किया जाना है
*Percentage of Superannuation Pension proposed to be commuted under FR 56(d)
7. (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

हस्ताक्षर/Signature: _____

वर्तमान डाक का पता/Present Postal Address: _____

सेवानिवृत्ति के पश्चात डाक का पता
Postal address after retirement: _____

* 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-I क 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-IA for the commutation of a
percentage of pension without medical examination.

स्थान/Place: _____

दिनांक/Date: _____

हस्ताक्षर/Signature: _____
एसआईएनपी/SINP