

## प्रपत्र क्रमांक ७

( परिच्छेद १९.५ )

### राज्य शासकीय कर्मचारी गट विमा योजना, १९८२ खालील लाभांसाठी नामनिर्देशन

शासकीय कर्मचारी कुटुंबवान असेल व तो / ती कुटुंबातील एका किंवा अनेक व्यक्तीस नामनिर्देशित करू इच्छित असेल अशावेळी.

मी, याद्वारे माझ्या कुटुंबाचा घटक असलेल्या खाली नाव नमूद केलेल्या व्यक्तीस / व्यक्तींना नामनिर्देशित करीत असून तिला / त्यांना सेवेत असताना मी मरण पावलो / पावले तर, राज्य शासकीय गट विमा योजना, १९८२ खाली राज्य शासन मंजूर करील अशी कोणतीही रक्कम किंवा माझे नियतसेवा वयमान झाल्यानंतर जी देय झाली असेल व माझ्या मृत्यूच्या वेळी मिळावयाची राहिली असेल अशी कोणतीही रक्कम खाली नमूद केलेल्या मर्यादेपर्यंत स्वीकारण्याचा अधिकार बहाल करीत आहे.

नामनिर्देशित व्यक्तीचे / व्यक्तींची नाव / नावे आणि पत्ता / पत्ते	शासकीय कर्मचाऱ्याशी असलेले नाते	वय	प्रत्येकाला प्रदान करावयाचा रकमेचा हिस्सा*	जी घटना घडल्यास नामनिर्देशन अग्राह्य होईल अशी घटना	नामनिर्देशित व्यक्ती शासकीय कर्मचाऱ्याच्या मृत्यू पूर्वीच मरण पावल्यास तिचा अधिकार ज्या व्यक्तीकडे जाईल अशा व्यक्तीचे नाव, पत्ता आणि शासकीय कर्मचाऱ्याशी नाते असल्यास ते
(१)	(२)	(३)	(४)	(५)	(६)

आज दिनांक ..... रोजी ..... येथे  
दोन साक्षीदारांच्या सहा -

- .....
- .....

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही.

**टीप :** शासकीय कर्मचाऱ्याने सही केल्यानंतर नामनिर्देशन पत्रात आणखी कोणतीही नावे समाविष्ट करण्यास प्रतिबंध करण्यासाठी शासकीय कर्मचाऱ्याने शेवटच्या नोंदीखालील कोऱ्या जागेत आरपार रेघ मारावी.

\*विमा योजनेखाली देय होणारी संपूर्ण रक्कम समाविष्ट होईल अशा रीतीने हा स्तंभ भरावा.

**FORM-1**

( As referred to in para no. 8 of Government Resolution, Finance Department, No. CPS 1007/18/SER- 4,  
dated 7 July, 2007 )

**FORM OF APPLICATION FOR EMPLOYEES APPOINTED ON OR AFTER 01/11/2005**  
(To be furnished by the Employee through concern DDO in English in Triplicate )

To,

The State Record Keeping Agency

Attach passport  
size photo duly  
attested by the  
D.D.O on the  
front side.

Sir,

I hereby apply for getting the Pension Account (PA) Number under the New D.C.P. Scheme.

1. Name of the Employee (in Block letters)

First Name  Middle Name  Surname

2. Sex : Male/Female  M  F

2. Date of Birth (DD/MM/YY) :  DD  MM  YYYY

3. Date of joining Govt. service :  DD  MM  YYYY

4. Name and full address of Office : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Post on which appointed (specify Group A/B/C/D) :  A  B  C  D

6. Designation & pay Scale : Designation \_\_\_\_\_ Pay Scale \_\_\_\_\_

7. Residential Address alongwith Phone No. : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. a) Whether previously working in Government Office or any other Organisation/ Institution to which New D.C.P.S. is applicable

b) If so, the Pension Account Number allotted earlier

9. Details of Nominee (for accumulations under the Pension Account)

Sr.No.	Name and Full Address of Nominee(s)	Age	Date of Birth	Percentage of share payable	Relationship with the Government servant.

10. I, Shri / Smt. \_\_\_\_\_, am aware that till the Central Record Keeping Agency is appointed by the Central Government, any action /decision taken by the State Record Keeping Agency in consultation with Government, will be binding on me. I also understand that after appointment of Central Record Keeping Agency, the total amount standing to my credit at that time will be transferred to the said Agency.

Place - \_\_\_\_\_  
Date - \_\_\_\_\_

Signature of the Employee



नमुना ३

[ महाराष्ट्र नागरी सेवा ( निवृत्तिवेतन ) नियम, १९८२ मधील नियम ११६ ( १४ ) पहा ]

**कुटुंबाचा तपशील**

शासकीय कर्मचाऱ्याचे नाव :

पदनाम :

जन्मतारीख :

नियुक्तीचा दिनांक :

..... रोजी माझ्या कुटुंबात\* असलेल्या सदस्यांचा तपशील

अ. क्र.	कुटुंबातील सदस्याचे नाव*	जन्मतारीख	शासकीय कर्मचाऱ्याशी असलेले नाते	कार्यालय प्रमुखाची सही	शेरा
(१)	(२)	(३)	(४)	(५)	(६)
१					
२					
३					
४					
५					
६					
७					

वरील तपशिलात कोणतीही भर पडल्यास किंवा फेरबदल झाल्यास त्यासंबंधीची माहिती कार्यालय प्रमुखास / लेखापरीक्षा अधिकाऱ्यास कळवून हा तपशील अद्यावत ठेवण्याची मी याद्वारे हमी घेतो.

ठिकाण :

दिनांक :

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही.

\*या प्रयोजनासाठी "कुटुंब" याचा अर्थ, महाराष्ट्र नागरी सेवा ( निवृत्तिवेतन ) नियम, १९८२ यातील नियम ११६ ( १६ ) ( बी ) यात व्याख्या केल्याप्रमाणे असलेले "कुटुंब" असा होतो.

## स्वग्राम घोषणा

(शासकीय कर्मचाऱ्यांना स्वग्रामी जाण्यासाठी प्रवास सवलतीचा फायदा मिळण्यासाठी वित्त विभाग ठराव क्रमांक टीआरए-११६३-२७२६-५ दिनांक २३ ऑक्टोबर, १९६३ नुसार स्वग्राम विषयी करावयाची घोषणा.)

मी श्री/श्रीमती/कुमारी ----- महाराष्ट्र  
विधानमंडळ सचिवालयाद्वारे गावाचे नाव -----  
तालुका-----जिल्हा ----- राज्य ----- हे  
माझे स्वग्राम घोषित करित आहे व ते माझे स्वग्राम असल्याबद्दलची कारणे पुढीलप्रमाणे  
देत आहेत.

कारणे १) -----  
२) -----  
३) -----

दिनांक :-

कर्मचाऱ्यांची सही

जोडपत्र-४  
नामनिर्देशनाचा नमुना

राज्य शासकीय कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेखालील लाभासाठी नामनिर्देशन

(१) मी ..... पदनाम ..... याद्वारे मला राज्य शासकीय कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेअंतर्गत रक्कम मला देय होण्यापूर्वी अथवा ती देय झालेली असून, देण्यात आलेली नसेल अशावेळी माझा मृत्यू झाल्यास, अशी रक्कम घेण्यास माझ्या कुटुंबातील खाली निर्दिष्ट केलेल्या व्यक्तीला/व्यक्तींना नामनिर्दिष्ट करीत आहे आणि असा निर्देश देत आहे की, उक्त रक्कम, तिच्या/त्यांच्या नावासमोर दिलेल्या पद्धतीने उक्त व्यक्तीला/व्यक्तींना देण्यात यावी.

(२) मी ..... पदनाम ..... कुटुंब धारण करीत नसल्यामुळे मला राज्य शासकीय कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेअंतर्गत रक्कम मला देय होण्यापूर्वी अथवा ती देय झालेली असून, देण्यात आलेली नसेल अशा वेळी माझा मृत्यू झाल्यास, अशी रक्कम घेण्यास खाली निर्दिष्ट केलेल्या व्यक्तीला/व्यक्तींना नामनिर्दिष्ट करीत आहे आणि असा निर्देश देत आहे की, उक्त रक्कम, तिच्या/त्यांच्या नावासमोर दिलेल्या पद्धतीने उक्त व्यक्तीला/व्यक्तींना देण्यात यावी. यानंतर मी कुटुंब प्राप्त केल्यानंतर हे नामनिर्देशन अवैध ठरेल.

नामनिर्देशित व्यक्तीचे/व्यक्तींची नाव/नावे व पूर्ण पत्ता	वर्गणीद्वाराशी नाते	नामनिर्देशित व्यक्तीचे वय	प्रत्येक नामनिर्देशित व्यक्तीला देय असलेला रकमेचा भाग	ज्या घटना घडल्यामुळे नामनिर्देशन विधिअग्राह्य ठरेल अशा आकस्मिक घटना	वर्गणीद्वाराच्या आधी नामनिर्देशित व्यक्ती मरण पावल्यास तिचा हक्क ज्या व्यक्तीकडे जाईल त्या व्यक्तीचे/व्यक्तींची नावे, पत्ता आणि नाते
(१)	(२)	(३)	(४)	(५)	(६)

\*महाराष्ट्र नागरी सेवा (निवृत्तीवेतन) नियम, १९८२ च्या प्रकरण ९ मधील नियम क्र. १११ च्या पोट-नियम ५ मधील कुटुंब या व्याख्येनुसार.

ठिकाण :

दिनांक :

सहीचे दोन साक्षीदार :-

१)

२)

वर्गणीद्वाराची सही

(कार्यालयाच्या उपयोगासाठी)

नामनिर्देशन मिळाल्याचा दिनांक :

कार्यालय प्रमुखाचे पदनाम व सही