

NDC

NO DUES CERTIFICATE (NDC) IN RESPECT OF
Dr / SHRI /SMT. _____

I. TO BE FILLED IN ADMN. SECTION

1. Name in (block -letters) : _____

2. Designation /Centre/Sec: _____

3. Date of expiry of present Appointment etc. _____

II. TO BE FILLED BY ACCOPUNTS SECTION

SIGNATURES OF DA & SO

1. Advances outstanding on A/c of Pay/TA/LTC _____

2. HRA recoveries due _____

3. Advances MCA / CA/FAN FESTIVAL outstanding if any as on date _____

4. Outstanding loan from Benevolent fund, if any _____

SIGNATURE OF DA & AO

III. BANK LOAN WITH INTEREST

Sanctioned through Admn. outstanding in any

SIGNATURE OF BANK-MANAGER

IV. TO BE FILLED BY VEHICLE SECTION

There is no Private Bill of Staff Bus / School Bus/ cars Hire etc. due

Mechanical Bank post service

V. HEALTH CENTRE IDENTITY CARD

Received back Medical Card

SIGNATURE OF DA & SO

VI. TO BE FILLED BY TELEPHONE SECTION

There is no telephone Bill / Instrument
Is due to receive as on date

SIGNATURE OF DA & SO

VII. TO BE FILLED BY STORES

There is no dues on account of Articles issued for official personal use / hire etc. all consumable items / furniture items / identity card are received back in good condition.

SIGNATURE OF DA & SO

VIII. TO BE FILLED BY COMPUTER SECTION

Received all the consumable item like floppy diskettes, floppy mailers, Computer / monitor / stabilizer etc. supplied and no dues as on date.

SIGNATURE OF DD (CIT)

IX. TO BE FILLED BY CORD

There is nothing due from him / her and an entry has been made in the registers not to issue any book/magazine etc. to him/her from today onwards.

SIGNATURE OF DIRECTOR (CORD)

X. TO BE FILLED BY MAINTENANCE UNIT

There is no objection to release him / her as settled all dues in respect of quarter / furniture/ fixtures etc. of quarter occupied are in good condition.

SIGNATURE OF E.E.

XI. TO BE FILLED BY HEADS OF CENTRE / SECTION

There is no objection to relieve him/her and handed over all publications, materials, and cleared all pending works as on date.

SIGNATURE OF DIRECTOR / AR / AFA & PAO

HE /SHE HAS PRODUCED 'NO DUES CERTIFICATE' FROM ALL THE CONCERNED CENTRES / SECTIONS. HE / SHE MAY BE RELIEVED FROM NIRD SERVICES.

CONTROLLING OFFICER

If Admitted in
Hospital - B



NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT AND PANCHAYATI RAJ

(An Organization of the Ministry of Rural Development, Govt. of India)

Rajendranagar, Hyderabad 500030

**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN
CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND/OR TREATMENT OF
NIRDPR EMPLOYEES AND THEIR FAMILIES**

1.	Name and designation of employee (in block letters)	:	
	i) Whether married or unmarried	:	
	ii) If married, the place where wife/husband is employed	:	
2.	Office in which employed	:	
3.	Pay as defined in the Fundamental Rules, and any other emoluments which should be shown separately	:	
4.	Place of duty	:	
5.	Actual residential address	:	
6.	Name of the patient and his / her relationship to the employee N.B. : In the case of children, state age also	:	
7.	Place at which the patient fell ill	:	
8.	Details of the amount claimed	:	

I. Medical Attendance

i) Fees for consultation indicating -

- a) The name and designation of the medical :
officer consulted and the hospital or
dispensary to which attached.
- b) The number and dates of consultation and : --
the fees paid for each consultation
- c) The number and dates of injection and the : --
fee paid for each injection

- d) Whether consultations and / or injections : --
were had at the hospital, at the consulting
room of the medical officer or at the
residence of the patient.
- ii) Charges for pathological, bacteriological, radiological, or other similar tests
undertaken during diagnosis indicating -
 - a) The name of the hospital or laboratory where : --
undertaken; and
 - b) Whether the tests were undertaken on the : --
advice of the authorized medical attendant if
so, a certificate to that effect should be
attached
 - c) Cost of medicines purchased from the market :
(Cash Memos and the essentiality certificates
should be attached)

II. Hospital Treatment

Name of the hospital

Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for -

- i) Accommodation: : --
(state whether it was according to the status or pay of the
employee and in cases where the accommodation is higher than
the status of the Govt. servant, a certificate should be attached
to the effect that the accommodation to which he was entitled
was not available)
- ii) Diet : --
- iii) Surgical operation or medical treatment or confinement : --
- iv) Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests, : --
indicating -
 - a) The name of the hospital or laboratory at which undertaken : --
 - b) Whether undertaken 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) Medicines : --
- vi) Special medicines (cash memos and the essentiality certificates : --
should be attached)
- vii) Ordinary nursing : --
- viii) 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 employee 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) Ambulance charges (state the journey - to and fro - undertaken) : --

x) Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, heater, air conditioning, etc. State also whether the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient. : --

Note 1: If the treatment was received by the employee at his residence under Rule 8 of the Secretary of State's service (M.A.) Rules, 1938 or Rule 7 of the C.S. (M.A.) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorized medical attendant as required by these rules. : --

Note 2: If the treatment was received at a hospital other than a Govt. Hospital, necessary details and the certificate of the authorized medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Govt. hospital should be furnished. : --

III. Consultation with Specialist:

Fees paid to a specialist or a Medical Officer other than the authorized medical attendant, indicating -

a) The name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached. : --

b) Number and date of consultations and the fees charged for each consultation. : --

c) Whether consultation was had at the hospital at the consulting room of the Specialist or Medical Officer, or at the residence of the patient. : --

d) Whether the specialist or medical officer was consulted on 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. : --

9. Total Amount claimed :

10. Less advance taken on : --

11. Net amount claimed :

12. List of enclosures :

DECLARATION

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

SIGNATURE

DATE:

CERTIFICATE 'B'

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

Certificate granted to Mrs. / Mr. / Miss _____ wife/
son/daughter of Mr. _____ employed in the _____

PART - A

I, Dr. _____ hereby certify -

- (a) that the patient was admitted to hospital on the advice of _____
(name of the Medical Officer)/ on my advice;
- (b) that the patient has been under treatment at _____ and
that the under-mentioned medicines prescribed by me in this connection were
essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition
of the patient. The medicines are not stocked in the _____
(name of the hospital) for supply to private patients and do not include
proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic
value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or
disinfectants;

S.No.	Name of Medicines	Price	
		Rs.	Ps.
1.			
2.			
3.			
4.			

- (c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes;
- (d) that the patient is/was suffering from _____ and is/was under treatment from _____ to _____;
- (e) that the X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs. _____ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at _____ (name of the hospital or laboratory);
- (f) that I called on Dr. _____ for Specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules, was obtained.

**Signature and designation of
the Medical Officer
In charge of the case at the hospital**

PART - B

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs. _____ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

**Signature of the Medical Officer
In charge of the case at the hospital**

COUNTERSIGNED

Medical Superintendent _____ Hospital

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

**Medical Superintendent
_____ Hospital**

Place:

Note: Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorized in this behalf by the Medical Superintendent.



NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT AND PANCHAYATI RAJ

(An Organization of the Ministry of Rural Development, Govt. of India)

Rajendranagar, Hyderabad 500030

**FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REFUND OF MEDICAL EXPENSES INCURRED IN
CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND/OR TREATMENT OF
NIRDPR EMPLOYEES AND THEIR FAMILIES**

1.	Name and designation of employee (in block letters)	:	
	i) Whether married or unmarried	:	
	ii) If married, the place where wife/husband is employed	:	
2.	Office in which employed	:	
3.	Pay as defined in the Fundamental Rules, and any other emoluments which should be shown separately	:	
4.	Place of duty	:	
5.	Actual residential address	:	
6.	Name of the patient and his / her relationship to the employee N.B. : In the case of children, state age also	:	
7.	Place at which the patient fell ill	:	
8.	Details of the amount claimed	:	

I. Medical Attendance

i) Fees for consultation indicating -

- a) The name and designation of the medical :
officer consulted and the hospital or
dispensary to which attached.
- b) The number and dates of consultation and : --
the fees paid for each consultation
- c) The number and dates of injection and the : --
fee paid for each injection

- d) Whether consultations and / or injections : --
were had at the hospital, at the consulting
room of the medical officer or at the
residence of the patient.
- ii) Charges for pathological, bacteriological, radiological, or other similar tests
undertaken during diagnosis indicating -
- a) The name of the hospital or laboratory where : --
undertaken; and
- b) Whether the tests were undertaken on the : --
advice of the authorized medical attendant if
so, a certificate to that effect should be
attached
- c) Cost of medicines purchased from the market :
(Cash Memos and the essentiality certificates
should be attached)

II. Hospital Treatment

Name of the hospital

Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for -

- i) Accommodation: : --
(state whether it was according to the status or pay of the
employee and in cases where the accommodation is higher than
the status of the Govt. servant, a certificate should be attached
to the effect that the accommodation to which he was entitled
was not available)
- ii) Diet : --
- iii) Surgical operation or medical treatment or confinement : --
- iv) Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests, : --
indicating -
- a) The name of the hospital or laboratory at which undertaken : --
- b) Whether undertaken 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) Medicines : --
- vi) Special medicines (cash memos and the essentiality certificates : --
should be attached)
- vii) Ordinary nursing : --
- viii) 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 employee 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) Ambulance charges (state the journey - to and fro - undertaken) : --
- x) Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, heater, air conditioning, etc. State also whether the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient. : --

Note 1: If the treatment was received by the employee at his residence under Rule 8 of the Secretary of State's service (M.A.) Rules, 1938 or Rule 7 of the C.S. (M.A.) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorized medical attendant as required by these rules. : --

Note 2: If the treatment was received at a hospital other than a Govt. Hospital, necessary details and the certificate of the authorized medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Govt. hospital should be furnished. : --

III. Consultation with Specialist:

Fees paid to a specialist or a Medical Officer other than the authorized medical attendant, indicating -

- a) The name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached. : --
- b) Number and date of consultations and the fees charged for each consultation. : --
- c) Whether consultation was had at the hospital at the consulting room of the Specialist or Medical Officer, or at the residence of the patient. : --
- d) Whether the specialist or medical officer was consulted on 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. : --

9. Total Amount claimed :
10. Less advance taken on : --
11. Net amount claimed :
12. List of enclosures :

DECLARATION

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

SIGNATURE

DATE:

--

CERTIFICATE 'A'

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

Certificate granted to Mr/Miss/Mrs. _____ employed in the NIRDPR, Hyderabad.

I, **MEDICAL OFFICER, NIRD** hereby certify

- (a) That I charged and received Rs. for Consultation (s) on (date to be given) at my consulting room/ at the residence of the patient.
- (b) That I charged and received Rs. ... for administering intravenous / intra-muscular/sub-cutaneous injections on (date to be given) at my consulting room/ at the residence of the patient.
- (c) That the injections administered were / were not immunizing or prophylactic purposes.
- (d) That the patient has been under treatment at hospital/ my consulting room, and that the under-mentioned medicines prescribed by me in this connective were essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (name of the hospital) for supply to private patient and don't include proprietary for preparations which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

Sl. No.	Name of medicines	Price	
		Rs.	Ps.

- (e) That the patient is/ was suffering from and is/ was under my treatment from to
- (f) That the patient is/ was not given pre-natal or post-natal treatment.
- (g) That the x-ray laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs. was incurred were necessary and were undertaken on my advice at hospital/dispensary/laboratory
- (h) That I referred the patient to for special consultation and that necessary approval of the CGHS as required under the rules was obtained.
- (i) That the patient didn't require hospitalization.

(Medical Officer)
NIRDPR Health Centre
(Degree of the Medical Officer and
Hospital/ Dispensary to which attached)

Date

N.B.: Certificates not applicable should be struck off. Certificate 'A' is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

-:o0o:-



केवल आंतरिक उपयोग के लिए
For internal use only

राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान, हैदराबाद – 500 030
NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT AND PANCHAYATI RAJ,
Hyderabad – 500 030

आकस्मिक अवकाश / प्रतिबंधित अवकाश के लिए आवेदन पत्र
APPLICATION CASUAL LEAVE / RESTRICTED HOLIDAY

1. आवेदक का नाम और पदनाम :
Name of the applicant & Post held
2. केन्द्र / अनुभाग :
Centre / Section
3. आकस्मिक अवकाश / प्रतिबंधित अवकाश दिनांक :
तथा वर्ष के दौरान लिए गए कुल आकस्मिक अवकाश
Casual Leave / Restricted Holiday with date
and total of CLs availed during the year
4. अवकाश लेने का कारण
Grounds on which leave is applied for

केन्द्र / अनुभाग प्रमुख की टिप्पणी / स्वीकृति
Remarks / recommendations of Head of Centre / Section

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान, हैदराबाद - 500030
NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PANCHAYATI RAJ
Hyderabad – 500030

खानपान मदों के लिए मांग-पत्र
Indent for Catering items

मिसिल सं.
File No.

मांगकर्ता का नाम और पदनाम :
Name and designation of the indenter

मांग-पत्र भेजने की तिथि व समय : तिथि : Date :
Date and time of placing indent : समय : Time :

मांगी गई सामग्री / मात्रा / चाय / कॉफी / बिस्कुट / :
मध्याह्न भोजन / रात्रि भोजन आदि स्पष्ट लिखे
Items / quantities / Intended please specify i.e.
Tea / coffee / Biscuits / Lunch / Dinner etc.

क्रम सं./Sl.No.	मद / Item	मात्रा /Quantity
-----------------	-----------	------------------

उद्देश्य / अवसर Purpose / Occasion :

मांगी गई सामग्री की आवश्यकता कब है वह तिथि और समय :
Date and time when the items intended are required.

उक्त मांगी गई सामग्री संस्थान के कार्यालयीन काम-काज से संबंधित है।
The items indented are in connection with the official work of the Institute.

केन्द्र प्रमुख / नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Head of the centre/
Controlling officer

मांगकर्ता के हस्ताक्षर
signature of the Indenter

सेवा में / To
छा. प्रबंधक / सहा. छा. प्रबंधक HM / AHM

केटरर्स	}	मांग-पत्र के अनुसार
Caterers		मदों की आपूर्ति करें
	}	Supply items according to indent

छा. प्रबं. / सहा. छा. प्रबं.
HM / AHM

फार्म सं. 1(ए)
FORM No. 1(A)

गोपनीय रिपोर्ट
CONFIDENTIAL REPORT

अधिकारी का नाम :

Name of the Officer :

पदनाम :

Designation:

वर्ष/समाप्त अवधि

की रिपोर्ट :

Report for the year/

Period Ending :



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान

राजेन्द्रनगर, हैदराबाद - 500 030 (भारत)

NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT AND PANCHAYATI RAJ

Rajendranagar, Hyderabad - 500 030 (India)



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान

हैदराबाद - 500030

**NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PANCHAYATI RAJ
HYDERABAD - 500030**

सी पी एफ / जी पी एफ खाते से आहरण हेतु आवेदन

Application for Withdrawal from CPF / GPF

1. अंशदाता का नाम
Name of the Subscriber :
2. खाता संख्या
Account Number :
3. पदनाम (विभाग सहित)
Designation (With Department) :
4. वेतन
Pay : रु./ Rs. _____
5. सेवा में भर्ती होने की तिथि तथा सेवा निवृत्ति की तिथि
Date of joining in service and the Date of Superannuation :
6. आवेदित तिथि पर अंशदाता के खाते में जमा राशि
Balance at credit of the subscriber on the date of application as below : रु. / Rs. _____
 - (i) वर्ष की विवरणी के अनुसार अंतशेष
Closing balance as per statement for the year : रु. / Rs. _____
 - (ii) मासिक अंशदान का खाते
में से तक जमा राशि
Credits from to
On account of monthly subscriptions : रु. / Rs. _____
 - (iii) उक्त (i) के अनुसार अंतः शेष से घटाने के बाद निधि : रु. / Rs. _____
में किया गया पुनर्भुगतान
Refunds made to the fund after minus from
Closing balance as per (i) above
 - (iv) अवधि के दौरान दिसे तक आहरण रु. /Rs. _____
Withdrawals during the period from to

- (v) आवेदन के दिन खाते में जमा निवल शेष : रु. /Rs. _____
Net balance at credit on date of application
7. आहरण की अपेक्षित राशि :
Amount of withdrawal required
8. (क) उद्देश्य जिसके लिए आहरण किया जा रहा है :
Purpose for which the withdrawal is being made
- (ख) नियम जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है :
Rule under which the request is covered
9. पूर्व में, समान उद्देश्य के लिए क्या कोई आहरण किया गया है :
यदि है तो राशि और वर्ष दर्शाएं
Whether any withdrawal was taken for the same
Purpose earlier, if so, indicate the amount and the year.

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of the Applicant

नाम / Name _____

पदनाम / Designation _____

अनुभाग / संकाय _____
Section / Faculty

दिनांक / Date :



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान
हैदराबाद -500030
NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PUNCHAYATI RAJ
HYDERABAD – 500030

अस्थायी कर्मचारी के मामले में घोषणा
Declaration in the Case of Temporary Servants

संस्तुति
 Recommendation

संकाय / नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर
 Signature of Faculty /
 Controlling Officer

मैं उक्त अग्रिम के लिए किसी भी प्रकार की जमानत देने के लिए सहमत हूँ तथा यदि अग्रिम राशि का पुनर्भुगतान करने की स्थिति में होता, मैं संपूर्ण राशि को एक मुश्त या किस्तों में, जो भी अधिकारी निर्णय लेंगे भुगतान करने के लिए सहमत हूँ।

(यह जमानत केवल स्थायी कर्मचारी ही दे सकते हैं)

I hereby agree to give any kind of surety for the said advance and in the event of the advance amount is not repaid, I agree to pay the entire amount in lump sum or in installments as may be decided by the Officer.

(This surety can be given by the permanent officials only)

हस्ताक्षर
 नाम व पदनाम
 Signature
 Name & Designation

आगे के निपटान हेतु प्रशासन को अग्रेषित
 Forwarded to Administrative for further disposal

संकाय प्रमुख के हस्ताक्षर
 Signature of Faculty Head

उक्त विवरणों की जांच की गई और सही पाया गया है
 The above particulars have been checked and are in order

अनु.अधि. (प्रशा), एनआईआरडीएवंपीआर
 S.O. (Admn.) NIRD&PR



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान हैदराबाद - 500 030
NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PANCHAYATI RAJ, Hyderabad-500030

अर्जित अवकाश / परिवर्तित चिकित्सा अवकाश आदि के लिए आवेदन पत्र
APPLICATION FOR EARNED LEAVE / COMMUTED MEDICAL LEAVE ETC.

1. आवेदक का नाम :
Name of the applicant
2. लागू छुट्टी नियम :
Leave rules applicable
3. धारित पद :
Post held
4. विभाग / कार्यालय / अनुभाग :
Department / Office / Section
5. वेतन / Pay :
6. वर्तमान पद में मकान किराया भत्ता, वाहन भत्ता या अन्य प्रतिपूरक भत्ते का आहरण :
House rent allowance, Conveyance Allowance or other compensatory Allowance drawn in the present post
7. आवेदित अवकाश की प्रकृति और अवधि :
तथा किस तिथि से अपेक्षित
Nature and Period of leave applied
For and date from which required
8. रविवार और छुट्टियाँ यदि कोई हो तो अवकाश :
के आगे / पीछे की प्रस्तावित छुट्टी
Sundays and Holidays, if any, proposed
To be prefixed / suffixed to leave
9. आवेदित छुट्टी लेने का कारण :
Grounds on which leave is applied for
10. छुट्टी से लौटने की तारीख और :
छुट्टी की प्रकृति और अवधि
Date of return from leave and the nature
and the period of the leave

:: 2 ::

11. अवकाश वर्ष के दौरान ब्लॉक वर्ष :
हेतु में छुट्टी यात्रा रियायत लेना /
नहीं लेना चाहता हूँ
I want / do not want to avail my self of
leave travel concession for the block years,
during the holidays year
12. छुट्टी अवधि के दौरान पता :
Address during leave period
13. (क) मैं यह वचन देता हूँ कि अवकाश के दौरान अर्ध औसत वेतन / अर्ध वेतन अवकाश पर आहरित वेतन
आरै स्वीकार्य छुट्टी के बीच का जो भी अंतर होगा, पुनर्भुगतान करूँगा जो संशोधित अवकाश नियम 1973 के एफ
आर 81 (बी) के नियम 1.1 (सी) (111) के प्रावधानों के अनुरूप स्वीकार्य नहीं है, मेरे सेवानिवृत्त होने के पश्चात
लागू नहीं होगा ।
- (ख) मैं यह वचन देता हूँ कि 'अवकाश देय' के दौरान आहरित अवकाश लौटाऊँगा जो एफ आर 81 (एम) के
नियम 11 (बी) के अंतर्गत स्वीकार्य नहीं है तथा किसी भी समय सेवा से त्यागपत्र अथवा स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति के
सम्बन्ध में यदि देय छुट्टी नहीं ली गई हो तो अर्ध वेतन अवकाश मान्य होगा ।
- (a) I promise that whatever the difference between the salary drawn and admissible leave on half
average pay / half pay leave during the holiday, I will repay which is not admissible as per the provisions
of Rules 11(c) (111) of FR 81 (B) of Revised leave Rules 1973, will not apply after my retirement.
- (b) I promise to return the leave drawn during the leave due which is not admissible under the Rule
11 (B) of FR 81 (M) of Revised Leave Rules of 1973 and in respect of resignation from service or voluntary
retirement at any time if due leave not taken then half pay leave shall admissible.
- अवकाश के दौरान आवेदक का पता :
applicant address during Leave

आवेदक के हस्ताक्षर
(तिथि सहित)
Signature of the applicant
(With date)

14. नियंत्रण अधिकारी / संकाय / प्रमुख :
की टिप्पणियाँ या सिफारिशें
(पदनाम)
- Remarks or recommendations
of the Controlling Officer / Faculty / Head
- तिथि सहित हस्ताक्षर
(पदनाम)
Signature with date
(Designation)

:: 3 ::

स्वीकार्य छुट्टी से संबंधित प्रमाण-पत्र
Certificate Regarding Admissibility Leave

15. प्रमाणित किया जाता है कि दि. _____ से दि. _____ तक
_____ (अवकाश की प्रकृति) के अन्तर्गत स्वीकार्य है।

Certified that _____ (nature of Leave) from _____.
To _____ is admissible under.

दिनांक सहित हस्ताक्षर
पदनाम
Signature with Date
Designation

मंजूरी प्राधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Sanctioning Authority

दिनांक सहित हस्ताक्षर
पदनाम
Signature with Date
Designation

यदि आवेदक किसी प्रकार के प्रतिपूरक भत्ते का आहरण करता है तो मंजूरी प्राधिकारी को यह स्पष्ट करना चाहिए कि क्या छुट्टी की समाप्ति पर उसके उसी पद पर वापस कार्य करने की संभावना है या समान भत्ते वाले अन्य पद पर।

If the applicant is drawing any compensatory allowance, the sanctioning authority should state whether on the expiry of leave, he likely to return to the same post or to on other post carrying as similar allowance.



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान, हैदराबाद - 500030
NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PANCHAYATI RAJ, HYD-500030

त्यौहार अग्रिम प्रदत्त करने हेतु आवेदन
APPLICATION FOR GRANT OF FESTIVAL ADVANCE

त्यौहार का नाम / Name of the Festival _____ दिनांक / Date _____

भारत सरकार, वित्त मंत्रालय सं.एफ 160 (ई) II (ए) दिनांक 24-08-1965 के अंतर्गत स्वीकार्य मुझे

_____ त्यौहार हेतु रु. _____ का त्यौहार अग्रिम प्रदान करे ।

Please grant me for _____ Festival Advance Rs. _____ admissible under Government of India, Ministry of Finance No. F. 160 (E) II (A) dated 24-08-1965.

1. नाम :
Name
2. पदनाम :
Designation
3. संकाय / अनुभाग :
Faculty / Section
4. मूल वेतन (मंहगाई भत्ता छोड़कर) :
Basic Pay (Exclusive of DA)
5. स्थायी या अस्थायी (निरंतर सेवा की अवधि दर्शाएँ) :
Permanent or Temporary
(State the period of continuous service)
6. धर्म :
Religion
7. क्या छुट्टी पर है यदि हाँ तो छुट्टी का स्व रूप :
Whether on leave, If so, nature of leave
8. मैं एतद् द्वारा घोषण करता हूँ कि मैंने कैलेंडर :
वर्ष के दौरान किसी प्रकार का अग्रिम नहीं लिया है
I hereby declare that I have not taken any
Advance During the calendar Year

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Employee

दिनांक / Date :

स्थान / Place :



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान
हैदराबाद - 500030 (भारत)

NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PUNCHAYATI RAJ
HYDERABAD - 500030 (India)

स्वास्थ्य केन्द्र
HEALTH CENTRE

पंजीकरण सं. _____ एनआईआरडीएचपीआर स्वास्थ्य कार्ड सं. _____

Registration No. _____ NIRD&PR Health Card No. _____

रोगी का नाम _____ आयु एवं लिंग _____

Name of the Patient _____ Age & Sex _____

रोग _____

Disease _____

तारीख Date	उपचार Treatment	चिकित्सा अधिकारी के अध्यक्षर Initials of M.O



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान

राजेन्द्रनगर, हैदराबाद - 500030

National Institute of Rural Development and Panchayati Raj

Rajendranagar, Hyderabad - 500030

एनआईआरडीएवंपीआर कर्मचारियों व उनके परिवारजनों की चिकित्सा-परिचर्या और / या उपचार से संबंधी किए गए चिकित्सा व्यय के भुगतान का दावा करने हेतु आवेदन फार्म

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of NIRD&PR employees and their families

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम :
(बड़े अक्षरों में)

Name and designation of employee
(In block letters)

i) विवाहित या अविवाहित हैं :
Whether married or unmarried

ii) यदि विवाहित है तो स्थान दर्शाएं :
जहां पति / पत्नी कार्य करते हैं
If married, indicate the place
where wife / Husband is employed

2. कार्यालय का नाम :
Office in which employed

3. मौलिक नियमों में परिभाषित वेतन एवं अन्य
परिलाभ जिसे अलग से दर्शाना आवश्यक है :
Pay as defined in the Fundamental Rules
and any other emoluments which should
be shown separately

4. कार्यस्थल :
Place of work

5. वास्तविक आवास पता :
Actual residential address

6. रोगी का नाम तथा कर्मचारी के साथ संबंध :
टिप्पणी : बच्चों के संबंध में आयु भी दर्शाएं
Name of the patient and his/her
relationship to the employee
Note. : In the case of children state age also

7. रोगी के बीमार होने का स्थान :
Place at which the patient fell ill

8. दावा की गई राशि का विवरण :
Details of the amount claimed

I चिकित्सा परिचर्या**Medical attendance**

- i) परामर्श हेतु इंगित शुल्क :
Fees for consultation indicating

क) परामर्श किए चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम :
तथा अस्पताल व औषधालय का नाम जिससे संबद्ध हैं ।
The name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.

ख) परामर्श की संख्या व तिथि एवं प्रत्येक परामर्श :
के लिए अदा किया गया शुल्क
The number and dates of consultation and the fees paid for each consultation.

ग) इंजेक्शनों की संख्या एवं तिथि और प्रत्येक इंजेक्शन :
के लिए अदा किया गया शुल्क
The numbers and dates of injections and the fee paid for each Injection.

घ) क्या परामर्श तथा / अथवा इंजेक्शन, अस्पताल में, :
लिया गया और यह चिकित्सा अधिकारी के परामर्श
कक्ष या रोगी के निवास पर उपलब्ध था
Whether consultation and/or injections were had at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.

- ii) रोग पता करने के दौरान किए गए पैथोलोजिकल, :
बैक्टेरियोलोजिकल, रेडियोलोजिकल या □ म परीक्षण
के लिए प्रदत्त शुल्क
Conferred Charges for pathological, Bacteriological, Radiological, or other similar tests undertaken during diagnosis indicating.

(क) परीक्षा कराये गए प्रयोगशाला या अस्पताल का नाम; और
The name of the hospital or laboratory where Undertaken tests ; and

(ख) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के सलाह
पर किए गए थे यदि हाँ, तो इस आशय का प्रमाण-पत्र
संलग्न करें ।
Whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical officer, if yes, attach certificate to this effect

- iii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों का मूल्य
(कैश मेमो तथा आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
Cost of medicines purchased from the market
(Attach Cash memo and the required certificates)

II अस्पताल उपचार

अस्पताल का नाम

अस्पताल में इलाज के लिए शुल्क / अलग से शुल्क दर्शाएं :

Hospital treatment :

Name of the hospital

Charges for hospital treatment, indicate the charges separately :

- i) □ वास
ii) Accommodation

(यह बताएं कि क्या □ वास कर्मचारी के वेतन या स्तर के अनुरूप है और ऐसे मामलों में जहां सरकारी कर्मचारी के स्तर से अधिक □ वास का किराया है, तो यह प्रमाण-पत्र लगाएं कि पात्र □ वास के उपलब्ध न होने के कारण अधिक दर के □ वास को लिया गया है)

(State that whether the accommodation is in line with the status or pay of the employee and in cases where the accommodation rent 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).

- iii) आहार
Diet

- iv) शल्योपचार या चिकित्सा उपचार या प्रसूति
Surgical operation or medical treatment or confinement

- iv) पैथोलोजिकल, बैक्टेरियोलोजिकल, रेडियोलोजिकल, या अन्य समान परीक्षण सूचित करें
Indicate the Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests

- क) प्रयोगशाला / अस्पताल का नाम जहाँ परीक्षण किया गया
The name of the hospital or laboratory where the test was conducted

- ख) क्या परीक्षण अस्पताल के संबंधित चिकित्सा प्रभारी अधिकारी के सलाह पर किया गया है, यदि हाँ तो 'ए' प्रमाण-पत्र संलग्न करें ।

whether the test has been done on the advice of the medical Officer-in-charge of the hospital. If, yes A certificate to that effect should be attached.

- v) दवाइयाँ
Medicines

- vi) विशेष दवाइयाँ (कैश मेमो व आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
Special medicines (Attach cash memo and required certificate)

vii) सामान्य नर्सिंग
Ordinary nursing

viii) विशेष नर्सिंग अर्थात् विशेष रूप से रोगी के लिए लगाई गई । कृपया बताएँ कि विशेष नर्स की नियुक्त चिकित्सा प्रभारी अधिकारी के सलाह पर नियुक्त की गई या कर्मचारी अथवा रोगी के अनुरोध पर । पहले मामले में संबंधित चिकित्सा प्रभारी अधिकारी का प्रमाण-पत्र जिस पर अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कर संलग्न करें ।

Special nursing i. e. nurses, specially engaged for the patient. State that whether they are employed on the advice of the medical Officer-in-Charge of the hospital or at the request of the employee or patient. In the first 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 प्रभार (बताएं कि कहाँ _____ से _____ तक यात्रा की गई
Ambulance charges (State the journey -----to and fro-----undertaken)

x) अन्य कोई प्रभार जैसे बिजली लाइट, पंखा, हीटर, वातानुकूलन आदि का प्रभार यह भी दर्शाएं कि सुविधाएं सभी रोगियों को बराबर दी गई तथा कोई विकल्प नहीं रखा गया ।

Any other charges e. g. charges for electric light, Fan, Heater, Air, conditioning etc. Also indicate that the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.

टिप्पणी 1 : यदि कर्मचारी की चिकित्सा उसके निवास स्थान पर सेक्रेटरी स्टेटस सर्विस (एम ए) नियम वाली 1938 के नियम 8, या सी एस (एम ए) नियम वाली 1994 के नियम 7 के अनुसार दी गई है तो उपचार का विवरण दे तथा नियमानुसार प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र संलग्न करें ।

Note 1 : If the treatment was received by the employee at his residence under Rule 8 of the secretary status service (M. A.) Rules. 1938 or Rule 7 of the C. S. (M. A.) Rules, 1944 give particulars of such treatment and attach certificates from the authorised medical officer as required by these rules.

टिप्पणी 2 : सरकारी अस्पताल के अतिरिक्त इलाज किसी अन्य अस्पताल में किया गया है तो आवश्यक विवरण सहित प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी से इस आशय का प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करें कि नजदीकी सरकारी अस्पताल में इलाज उपलब्ध नहीं था

Note 2 : If the treatment was received at a hospital other than a Govt. Hospital necessary details and the certificate of the authorised medical officer that the requisite treatment was not available in any nearest Govt. hospital should be furnished.

III विशेषज्ञ के साथ परामर्श :

Consultation with specialist

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के अलावा अन्य चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ को भुगतान किया गया शुल्क कृपया निम्नलिखित दर्शाएं :

Fees paid to a Medical Officer or specialist other than the authorised medical officer, please indicate below:

क) परामर्श किए गए चिकित्सा अधिकारी अथवा विशेषज्ञ का नाम और पदनाम तथा उनके संबद्ध अस्पताल का नाम:
The name and designation of the specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which concerned.

ख) परामर्श की संख्या और तिथि तथा प्रत्येक परामर्श को दिया गया शुल्क
Number and dates of consultations and the fees charged for each consultations.

ग) क्या परामर्श अस्पताल में, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में, या रोगी के वास में हुई:
Whether consultation was had at the hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer, or at the residence of the patient.

घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन प्राप्त किया गया। यदि हाँ, तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
Whether the specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the authorised medical Officer and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the state was obtained If yes a Certificate to the effect should be attached.

- | | | |
|---|---|-----------|
| 9. दावा की गई कुल राशि
Claimed total amount | : | ₹./ Rs. : |
| 10. पर कम अग्रिम ली गई:
Less advance taken on | : | ₹./ Rs. : |
| 11. दावा की गई निवल राशि
Claimed Net amount | : | ₹./ Rs. : |
| 12. संलग्नकों की सूची
List of enclosures | : | ₹./ Rs. : |

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास से सही और सत्य है तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया वह पूर्णतया मुझ पर निर्भर है।

कर्मचारी के हस्ताक्षर

नाम :

दिनांक :

संकाय / इकाई :

DECLARATION

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

Date : _____

Signature of the employee

Name:

Faculty / Unit :

प्रमाण पत्र 'क'

- (उन रोगियों के लिए जो इलाज हेतु अस्पताल में भर्ती नहीं हुए हैं के द्वारा भरा जाए)
- यह प्रमाण पत्र श्री / श्रीमती / पति / सुपुत्र / सुपुत्री / श्री को कार्यालय में कार्यरत को प्रदान किया जाता है।
- मैं डॉ. प्रमाणित करता हूँ कि / करती हूँ कि
- क) मैंने रुपये परामर्श के लिए दिनांक को अपने परामर्श कक्ष / रोगी के निवास स्थान पर प्राप्त किए हैं।
- ख) मैंने रुपये इंटरवेन्स./ इंटरा मस्कुलर / सब - कुटेनियस इंजेक्शन के लिए दिनांक को अपने परामर्श कक्ष / रोगी के निवास स्थान पर प्राप्त किए हैं।
- ग) लगाए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षण के लिए थे / नहीं थे अथवा रोग निरोधक उद्देश्य के लिए रोगी अस्पताल / मेरे परामर्श कक्ष में इलाज हेतु रहा तथा और रोगी के गंभीर हालात को देखते हुए निम्नलिखित दवाइयाँ दी गईं जो रोगी के उपचार के लिए आवश्यक थी। दवाइयाँ (अस्पताल का नाम) के स्टॉक में उपलब्ध नहीं थी तथा उसका विकल्प भी उपलब्ध नहीं था।

क्र. सं.	दवाइयों का नाम	मूल्य रु. पै.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
	कुल रु.	

- घ) रोगी रोग से पीड़ित है / था तथा वह दि. से तक मेरे उपचार के अंतर्गत रहा।
- छ) रोगी को पूर्व प्रसव या पश्च प्रसव उपचार दिया गया / नहीं दिया गया। एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि के लिए रुपये का व्यय किया गया जो आवश्यक थे तथा वह परीक्षण आदि मेरी सलाह पर अस्पताल / औषधालय / प्रयोगशाला में कराए गए।
- ज) मैंने रोगी को के पास विशेष परामर्श के लिए भेजा था तथा नियम के अनुसार सी जी एच एस का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया है।
- झ) रोगी को अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है।

दिनांक -----

हस्ताक्षर, पदनाम
तथा चिकित्सा अधिकारी की डिग्री तथा
संबंध अस्पताल / औषधालय का नाम

टिप्पणी: जिस मद में प्रमाण-पत्र की आवश्यकता नहीं है, उसे काट दें। प्रमाण-पत्र (क) अनिवार्य है तथा सभी मामलों में इसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।

CERTIFICATE 'A'

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)
 This Certificate is granted to Mrs./Mr./ MissWife/Son/daughter of
 Shri / Smt employed in the
 I Dr.....hereby certify that:-
 (a) I have received Rs.....for.....consultations(s)- dated
 on.....at my consulting room/at the residence of the patient.
 (b) I have received Rs.....for administeringintravenous/intra-
 muscular/sub-cutaneous injections dated on.....at my consulting room / at the
 residence of the patients.
 (c) Injected injections were/were not immunising..... or prophylactic purposes.

The patient has been under treatment at.....hospital/my consulting room. and in
 view of the serious condition of the patient, the undermentioned medicines were given
 which were unnecessary for the treatment of the patient. Medicines were not available in the
 stock of the(Name of the hospital) and that option also was not available.

S. No.	Name of medicines	Price Rs. Ps
1		
2		
3		
4		
5		
Total Rs.		

- (d) Patient is / was suffering from.....and is/was under my treatment
 from.....to.....
 (e) Pre-natal or post natal treatment given / not given to the patient.
 (f) The x-ray, laboratory tests, etc. for which an expenditure of Rs.....was
 incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....Hospital/
 Dispensary/Laboratory.
 (g) I referred the patient tofor special
 consultation and that necessary approval of the CGHS as required under the rules was
 obtained.
 (h) The patient does not need to be hospitalized.

Signature, Designation and Degree
 Of the Medical Officer,
 and name of the concerned
 Hospital Dispensary

Date -----

Note: An item in which does not require a Certificate cross it. Certificate (A) is Compulsory
 and must be Filled by the Medical Officer in all cases.



एनआईआरडीपीआर - वेतन पर्ची

NIRDPR - Payrolls

राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान

ग्रामीण विकास मंत्रालय, भारत सरकार

राजेन्द्रनगर, हैदराबाद - 500 030

National Institute of Rural Development & Panchayati Raj

Ministry of Rural Development, Government of India

Rajendranagar, Hyderabad - 500 030

माह की वेतन पर्ची

PAY SLIP FOR THE MONTH OF

कर्मचारी पहचान सं. Emp ID : नाम Name :

मैट्रिक्स स्तर Matrix Level : पदनाम Designation :

कर्मचारी श्रेणी Emp Category : मुद्रित तारीख Printed Date :

वेतन एवं भत्ते (रु.) PAY & ALLOWANCES (Rs.)	कटौतियां (रु.) DEDUCTIONS (Rs.)	
मूलवेतन Basic महंगाई भत्ता DA आवास किराया भत्ता HRA परिवहन भत्ता TRA प्रशिक्षण भत्ता TRGA प्रतिनियुक्ति भत्ता DPA विशेष प्रतिपूरक भत्ता SCA समयोपरि भत्ता OT Pay व्यवसाय निषेध भत्ता NPA दिव्यांग भत्ता PHA पुस्तक भत्ता BA अन्य भत्ता OA बकाया ARREARS राशन भत्ता RA वैयक्तिक वेतन PP सशस्त्र सेवा वेतन MSP	सामान्य भविष्य निधि GPF अंशदाय भविष्य निधि CPF राष्ट्रीय पेंशन योजना NPS चिकित्सा अंशदान MS कूड़ा शुल्क GC लाईसेंस शुल्क LF बिजली शुल्क EC जल शुल्क WC जीवन बीमा निम LIC आक जीवन बीमा PLI समूह बीमा GI स्वास्थ्य क्लब HC एच बी ए एनआईआरडीपी HBANIRD प्रधान मंत्री रक्षा निधि PMCF मुख्यमंत्री राहत निधि CMRF एच बी ए ब्याज HBA INT भविष्य निधि अग्रिम PFA	बैंक ऋण BL हितकारी निधि अग्रिम BFA हितकारी निधि ब्याज BFA Int खेल क्लब SC आयकर IT व्यवसाय कर PT केबल टीवी CTV यात्रा भत्ता TA स्कूल शुल्क SF अग्रिम पर ब्याज INTA वाहन अग्रिम VA वाहन अग्रिम ब्याज VA Int कम्प्यूटर अग्रिम CA कम्प्यूटर अग्रिम ब्याज CA Int अन्य कटौतियां OD हितकारी निधि BF अदालती कुर्की Court Att
सकल वेतन (क) Gross Salary (A)	कुल कटौतियां (ख) Total Deductions (B)	रु. Rs.
बैंक में जमा निवल वेतन (क-ख) Net Salary Deposited in Bank (A-B)		



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान, हैदराबाद - 500030
NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PANCHAYATI RAJ
Hyderabad - 500030

दिनांक / Date :

मांग एवं निर्गम नो.
REQUISITION-CUM-ISSUE NOTE

संकाय/अनुभाग का नाम :

Name of the Faculty/Section :

को प्रभार्य _____

Chargeable to _____

संकाय/अनुभाग कोड :	निर्गम नोट
Faculty / Section Code :	Issue note

क्र.सं. Sl.No.	मांग की गई मद का विवरण Description of Item indented	अपेक्षित मात्रा Quantity Request	जारी की गई मात्रा Quantity Issued	अभ्युक्तियों Remarks
1	2	3	4	5

निदेशक/प्राधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर
 Signature of the Director / Authorized Person

भंडार अनुभाग
 Stores Section

सामग्री प्राप्त की
 Material Received

हस्ताक्षर
 Signature



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान
राजेन्द्रनगर, हैदराबाद-500030

National Institute of Rural Development and Panchayati Raj
Rajendranagar, Hyderabad - 500030

यात्रा भत्ता / Travelling Allowance

सदस्य का नाम Name of the member :

योजनेतर यात्रा भत्ता Non Plan TA :

दौरे का प्रयोजन Purpose of Visit :

दिनांक Date :

दिनांक से	दिनांक एवं समय	तक	दिनांक एवं समय	सवारी प्रकार	प्रदत्त भाड़ा	टिकट संख्या अन्य
विवरण						
Particulars From	Date & Time	To	Date & Time	Mode of Conveyance	Fare Paid	Tkt. No. Other

Total : Rs. / Grand Total : Rs.

कुल : रु. / कुल योग : रु.

पाठ्यक्रम निदेशक / Course Director

हस्ताक्षर Signature

- 2 -

कार्यालय प्रयोग के लिए
For use in Office

रु. के लिए पारित
Passed for Rs.

प्रति हस्ताक्षर
Counter Signed

कुल सचिव
Registrar

वेतन रु.
Pay Rs

का भुगतान करें
Pay for

लेखा अधिकारी (प्रशि.)
Accounts Officer (T)

रु. प्राप्त
Received Rs.

दिनांक / Date :

हस्ताक्षर
Signature



**दौरा कार्यक्रम के अनुमोदन हेतु आवेदन और
संकाय कर्मचारियों के संबंध में दौरा अग्रिम की स्वीकृति
Application for approval of Tour Programme and
Sanction of Tour Advance in respect of Academic Staff**

1. (क) नाम और पदनाम : संकाय :
Name and Designation Faculty
(ख) मूल वेतन : फाईल सं. :
Basic Pay F.No.
दिनांक / Date :
2. दौरे का उद्देश्य :
Purpose of Tour
 - क) यदि दौरा स्वीकृत अनुसंधान :
परियोजना से संबंधित हप्तो बताएं
If the tour is in connected with a
Sanctioned Research Project,
Please indicate
 - i) अनुसंधान परियोजना का नाम :
Name of Research Project
 - ii) परियोजना निदेशक का नाम :
Name of Project Director
 - iii) इस परियोजना के लिए अब तक किए गए :
दौरों की संख्या
No. Of times tour undertaken so
far for this project
 - iv) अनुसंधान परियोजना के संपूरित :
होने की प्रस्तावित तिथि
Proposed date of completion of the
Research project
 - v) परामर्शी / एनआईआरडीपी आर :
Consultancy / NIRDPR
 - vi) यदि यह परामर्शी परियोजना हप्तो :
क्या परामर्शी शुल्क प्राप्त हुआ
It is a consultancy project, whether
the consultancy fee is received
 - ख) यदि दौरा स्वीकृत प्रशिक्षण कार्यक्रम :

से सम्बंधित हप्तो दर्शाएं

If the tour is associated with a
Sanctioned Training Programme,
Please indicate

- i) प्रशिक्षण कार्यक्रम का नाम :
Name of the Training Programme
- ii) कार्यक्रम निदेशक का नाम :
Name of the Programme Director
- iii) प्रशिक्षण कार्यक्रम की अवधि :
Period of the Training Programme
- iv) प्रायोजित / एनआईआरडीपी आर :
Sponsored / NIRDPR
- v) यदि प्रायोजित कार्यक्रम हप्तो कृपया बताएं :
- क्या 'पाठ्यक्रम शुल्क' प्राप्त हुआ हप्तो
- क्या बजट में इसके लिए यात्रा भत्ता का प्रावधान हप्तो:
If it is a sponsored programme
Please indicate
- Whether 'Course Fees' is received
- Whether there is provision of
Travelling Allowance in the Budget for it
- ग) क्या दौरा अन्य संस्थानों को भेंट देने संबंधी :
हो तो कृपया बताएं
If the tour is in connection with visit
to other institutes, please indicate
- i) संस्थान का नाम :
Name of the Institution
- ii) दौरे का विशिष्ट विवरण :
Specific details of Visit
3. प्रस्तावित दौरे का विवरण :
Details of Proposed Tour
- क) यात्रा हेतु प्रस्तावित स्थान :
Place (s) proposed for visit
- ख) मुख्यालय से प्रस्थान करने की तिथि :
Date of departure from Headquarters
- ग) दौरे स्टेशन पर ठहरने की अवधि :
Duration of stay at tour station (s)
- घ) मुख्यालय को लौटने की तिथि :
Date of return to Headquarters

4. प्रस्तावित दौरे का अनुमानित व्यय :
- Estimated expenditure for the proposed tour :
- क) रेल / वायु आवागमन भाड़ा : (रेल) रू.
 (अपात्र अधिकारियों के मामले में, : (वायु) रू.
 कृपया बताएं कि क्या वायु यात्रा हेतु
 महानिदेशक की पूर्व मंजूरी प्राप्त की गई)
 To and fro Rail/Air fare (Rail) Rs.
 (in case of non-entitled officers, (Air) Rs.
 It should be indicated whether
 Prior sanction of Director General
 is obtained for air journey)
- ख) दैनिक भत्ते हेतु अनुमानित राशि का 80% : रू./ Rs.
 80% of the estimated amount for
 daily allowances
- ग) कुल राशि (क + ख) : रू./ Rs.
 Total amount (a+b)
- घ) अपेक्षित दौरा यात्रा भत्ता अग्रिम : रू./ Rs.
 Tour Travelling Allowance
 advance required

पाठ्यक्रम निदेशक के हस्ताक्षर
 (प्रशिक्षण कार्यक्रम के मामले में)
 Signature of the Course Director
 (in case of Training Programme)
 संकाय प्रमुख की सिफारिशें
 Recommendations of Faculty Head

अधिकारी के हस्ताक्षर
 SIGNATURE OF THE OFFICER

अनुसंधान संयोजक के हस्ताक्षर
 (अनुसंधान परियोजना के मामले में)
 (निदेशकों के मामले में यह लागू नहीं है)
 Signature of Research Coordinator
 (in case of Research Project)
 (this does not apply in the case of Directors)

उप महानिदेशक
 DEPUTY DIRECTOR GENERAL

उपरोक्त स्वीकृत दौरा अग्रिम के भुगतान
 हेतु लेखा अधिकारी (दावे) को अग्रेषित
 Forwarded to Accounts Officer (Claims) for arranging
 payment to tour advance sanctioned above



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान

राजेन्द्रनगर, हैदराबाद - 500 030

National Institute of Rural Development and Panchayati Raj
Rajendranagar, Hyderabad-500030

वाहन मांग-पत्र / Vehicle Indent

1. वाहन की मांग करने वाले अधिकारी का :
नाम व पदनाम
Name and designation of Officer indent for vehicle
2. अधिकारी का नाम व पदनाम जिसके लिए :
वाहन की मांग की गई है
Name and designation of Officer
for whom vehicle required
3. यात्रा का उद्देश्य : फाइल सं. / File No.
सरकारी : (कार्यक्रम / उद्देश्य आदि का विवरण दें)
Purpose of Journey
Official : (Give details of Programme / Purpose etc.)
निजी : (उद्देश्य / कृपया स्थान आदि का उल्लेख करें) :
Private : (Please mention the purpose/place etc.)
4. वाहन रिपोर्ट करने की तिथि, समय और स्थान :
Date, time and place at which vehicle
required to report
5. यात्रा हेतु प्रस्तावित स्थान :
Places proposed to visit
6. प्रस्तावित स्थानों पर रिपोर्टिंग का समय :
Reporting time at proposed places
7. एनआईआरडीपी आर में वाहन वापस लौटने का :
अपेक्षित समय
Expected time of return of the
vehicle to the NIRDPR
8. वाहन मांग प्रस्तुत करने का समय व तिथि :
Time and date of submission of vehicle indent
9. संपर्क टेलीफोन सं. :
Contact Tel. No.

केन्द्र / अनुभाग प्रमुख / प्रभारी के हस्ताक्षर
Signature of Head/in-charge of centre/Section

वाहन मांग करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Officer indenting for vehicle

कार्यालय उपयोग हेतु
FOR OFFICE USE

वाहन मांगपत्र प्रस्तुत करने का समय:

Time of submission of vehicle indent

वाहन सं. / vehicle No. :

ड्राइवर / Driver :

सहायक रजिस्ट्रार (प्रशि.)

Asst. Registrar (T)

उच्च श्रेणी लिपिक

UDC (Veh.)

टिप्पणी यदि कोई हो तो

REMARKS IF ANY :

1. कृपया आवश्यकता अनुसार सही संपूर्ण जानकारी के साथ मांगपत्र भरें |
please fill-up the indent form with correct, complete information as required.
2. वाहन मांगपत्र 24 घंटे पहले भेजें अर्थात् सभी कार्य दिवसों पर 1.00 बजे तक तथा शुक्रवार और छुट्टियों के पहले 11.00 बजे तक तथा उसी दिन 3.00 बजे तक वाहन आबंटन के विवरण की जांच कर लें |
Please send your vehicle indent 24 hours in advance i.e. by 1.00 p.m. on all working days and by 11.00 a.m. on Fridays and before holidays and also check the details of vehicle allotment by 3.00 p.m. on the same day for confirmation.
3. शीघ्र सूचना के साथ उसी दिन वाहन मांग पत्र को तभी स्वीकार किया जाएगा जब स्थिति आपातकाल हो तथा विलंब से प्रस्तुत करने के पर्याप्त कारण हो | उपलब्धता तथा रजिस्ट्रार महोदय की स्वीकृति के आधार पर वाहन उपलब्ध कराया जायेगा |
Indent for same day vehicle with short notice will be entertained only in emergencies and also the indent should be justified with sufficient reasons for delay submission. vehicle will be provided subject to the availability and also with the consent of Registrar.
4. सरकारी वाहन का सही उपयोग सुनिश्चित करें | सरकारी वाहन के दुरुपयोग को उचित अनुशासनिक कार्रवाई सहित अनाधिकृत ट्रिप हेतु निजी बिल लगाते हुए गंभीरता से लिया जाएगा |
Ensure proper use of office vehicle. Misuse of office vehicle will be viewed seriously through appropriate disciplinary action besides raising a private bill for unauthorised trip.
5. यदि पृथक वाहन उपलब्ध नहीं है तो उसे अन्य मांग पत्र के साथ शामिल कर दिया जाएगा, इस हेतु संबंधित अधिकारी के पूर्वानुमति की आवश्यकता नहीं होगी |
If no separate vehicle is available, it will be combined with other indents prior permission of the concerned officer will not be required for this.

83935/2021/O/o OL



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान
राजेन्द्रनगर, हैदराबाद-500030

National Institute of Rural Development and Panchayati Raj
Rajendranagar, Hyderabad-500030

सामान्य
General

वाउचर सं. -----
Voucher No.
दिनांक -----
Date

नकद / चेक / मांग ड्राफ्ट सं. ----- दिनांक ----- द्वारा नामे
Debit by Cash / Cheque / D. D. NO. Dated

रु. ----- (रुपये ----- मात्र)
Rs. (Rupees only)

योजना / योजनेतर -----
PLAN / NON - PLAN

प्राथमिक इकाई -----
Primary Unit

द्वितीयक इकाई -----
Secondary Unit

आदाता के नाम सहित लेन देन का विवरण Particulars of transaction Including name of the payee	राशि (रुपये) (Rupees)
--	--------------------------

संबंधित सहायक
Dealing Asst.

लेखा अधिकारी
Accounts Officer

रु. ----- (रुपये ----- मात्र) को
Rs. (Rupees Only)
श्री ----- को भुगतान करें ।
to pay

संबंधित सहायक
Dealing Asst.

लेखा अधिकारी
Account Officer



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान
NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PANCHAYATI RAJ

दिनांक / Date :

हिन्दी में प्रवीणता / कार्यसाधक एवं टंकण / आशुलिपि ज्ञान संबंधी सूचना
INFORMATION REGARDING PROFICIENCY / WORKING KNOWLEDGE IN HINDI AND
TYPING / STENOGRAPHY

1. नाम / Name :
2. पदनाम / Designation :
3. संकाय / अनुभाग / Faculty /Section :
4. आयु / Age :
5. जन्म तारीख / Date of Birth :
6. मातृभाषा / Mother Tongue :
7. शैक्षणिक योग्यता
Educational Qualification :
8. क्या हिन्दी टंकण / आशुलिपि का ज्ञान
है ? अगर हां तो क्या कोई परीक्षा
उत्तीर्ण की है ?
Do you have any knowledge
Of Hindi Typing/Stenography ?
if yes have you passed any exam? :
9. हिन्दी में कौन सी परीक्षा पास की
Name of the Hindi Exam passed :
10. हिन्दी विषय किस कक्षा तक था
Hindi was the subject upto :

कृ.पृ.उ.
P.T.O.

:: 2 ::

11. मैं घोषणा करता हूँ कि मुझे हिन्दी टंकण /:
आशुलिपि का ज्ञान है ।
I hereby declare that i possess
Hindi Typing / Stenograhpy knowledge

12. टंकण / आशुलिपि परीक्षा उत्तीर्ण की है ।:
Passed the Typing/ Stenography exam

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मुझे हिन्दी में प्रवीणता प्राप्त है / हिन्दी का कार्यसाधक ज्ञान प्राप्त है / मुझे हिन्दी नहीं आती ।

I hereby declare that I possess proficiency in Hindi/Have acquired working knowledge of Hindi / Do not know Hindi.

जो लागू न हो उसे काट दें
Delete whichever is not applicable

हस्ताक्षर
SIGNATURE



राष्ट्रीय ग्रामीण विकास एवं पंचायती राज संस्थान
हैदराबाद - 500030

NATIONAL INSTITUTE OF RURAL DEVELOPMENT & PUNCHAYATI RAJ
HYDERABAD - 500030

जॉब टिकट / JOB TICKET

दिनांक Date :

विभाग Dept :

मांगकर्ता का नाम Name of the Indentor :

कार्यक्रम का नाम Name of the Programme :

सामान्य / परामर्शी / प्रायोजित
General / Consultancy / Sponsored :

क्र.सं. S.No	विवरण Description	मूल प्रतियों की संख्या No. of originals	प्रतियों की संख्या No. of copies	कुल Total

साधारण ()
Simplex

दुतरफा ()
Duplex

ए 3 ()
A3

ए 4 ()
A 4

टी पी ()
TP

विशेष अनुदेश

Special Instructions : _____

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता
Authorized Signature

हस्ताक्षर Signature

यदि आवश्यक हो तो रेखांकित करें

Underline if necessary

पी वी सी शीट सहित With PVC Sheet

साधारण / टाईप / बाइंडिंग / कौम्ब बाइंडिंग / स्पाइरल बाइंडिंग
Ordinary / Type / Binding / Comb Binding / Spiral Binding