

(ग) यदि देय राशि रु० 5000.00 से अधिक है परन्तु रु० 25,000.00 से कम है शपथपत्र एवं क्षतिपूर्ति बन्ध पत्र (प्रपत्र एव पूरे नियोजक, क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त या कार्यभारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय से प्राप्त किया जा सकता है) संपदा शुल्क (निकासी) प्रमाणपत्र

(c) If the amount receivable exceeds Rs. 5000/- but less than 25000/- an affidavit-cum-indemnity bond (Form may be obtained from the ex-employer or Regional Provident Fund Commissioner or Officer-incharge of Sub-Regional Office) or Estate duty clearance certificate

(घ) यदि देय राशि रु० 25000 से अधिक है संपदा शुल्क (सफाई) प्रमाणपत्र

(d) If the amount receivable exceeds Rs. 25000/- an Estate duty clearance certificate
प्रपत्र-11 (फॉर्म-11) कर्मचारी परिवार पेंशन योजना 1971 के अधीन स्वीकार्य लाभों के दावे के लिए Form-11 (F.P.F.) claim for benefits as admissible under Employees Pension Scheme, 1971 किसके द्वारा आवेदन पत्र चुना जाना चाहिए ।

By whom the claim application should be preferred

1. यदि सदस्य अल्पव्यस्क है तो उसके अभिभावक द्वारा
If the member is minor by his guardian

या/OR

2. सदस्य की मृत्यु पर

On the death of the member :

(i) यदि मृत्यु तिथि के दिन मृतक सदस्य के पास परिवार है तो दावा भरा जाना चाहिए ?

If the deceased member had "Family" on the day of death the claim should be preferred by -

(क) विधवा या विधुर द्वारा

(a) the widow or widower

(ख) ऊपरी (क) के न होने पर बड़े जीवित अल्पव्यस्क पुत्र अभिभावक द्वारा

(b) failing (a) above by the guardian of eldest surviving minor son

(ग) ऊपरी (क) और (ख) के न होने पर बड़े जीवित अल्पव्यस्क पुत्री के अभिभावक द्वारा

(c) failing (a) and (b) above, by the guardian of eldest surviving minor unmarried daughter.

(ii) यदि मृत्यु की तिथि के दिन मृतक सदस्य का कोई परिवार नहीं है तो परिवार पेंशन निधि के लाभों के लिए मृतक सदस्य की भविष्य निधि राशि को प्राप्त करने के लिए पात्र व्यक्तियों द्वारा ही दावा दिया जाना चाहिए । यदि सदस्य अल्पव्यस्क हो तो उनके अभिभावक द्वारा ।

If the deceased member had no family on the day of death, family pension benefit should be claimed by the person(s) eligible to receive the Provident Fund Accumulations of the deceased member and if such member is a minor, by the guardian.

(यदि दावेदार वास्तविक संरक्षण से भिन्न है तो न्यायालय द्वारा जारी किया गया संरक्षण प्रमाण-पत्र संलग्नित होना चाहिए ।)

(If the claimant being other than the natural guardian a guardianship certificate issued by the court of law should be enclosed)

आवश्यक टिप्पणी : यदि किसी सदस्य की पेंशन निधि में 2 वर्ष तक अंशदान देने के बाद सेवाकाल के दौरान मृत्यु हो जाती है तो मासिक परिवार पेंशन के दावे के लिए 10ए पर आवेदन करना चाहिए ।

Important Note : In case the member died while in service after contributing to the Family Pension Fund for a period of not less than 2 years, an application in Form 10-A should also be preferred for claiming monthly Family pension.

(iii) प्रपत्र-5 (बी०नि०) कर्मचारी सहबद्ध बीमा योजना, 1976 के अंतर्गत लाभ :

Form 5 (L. F.) Benefit under Employees' Deposit Linked Insurance Scheme, 1976

कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976 का लाभ उन व्यक्तियों के लिए है जो कि मृतक सदस्य की भविष्य निधि राशि को केवल निम्न शर्तों पर प्राप्त करने के हकदार हैं ।

The benefit under Employees' Deposit Linked Insurance Scheme, 1976 is admissible to the person(s) entitled to receive the Provident Fund accumulation of the deceased member only under the following condition.

1. मृत्युसेवाकाल के दौरान हुई हो तथा

The death should have occurred while in service and

2. पूर्वगामी 3 वर्ष के दौरान या उसी सदस्यता के समय के दौरान जो भी कम हो मृतक कर्मचारी के खाते में औसत शेष रु० 1000 से कम नहीं होना चाहिए ।

The average balance in the account of the deceased employee should not be below the sum of Rs. 1,000/- during the preceeding three years or during the period of his membership, whichever is less.

कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना के अंतर्गत जहां भुगतान 5,000 रुपये से बढ़ता है तो शपथपत्र एवं क्षतिपूर्ति बन्धपत्र निर्धारित प्रपत्र पर भरना चाहिए । (यदि कर्मचारी भविष्य निधि कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना के अंतर्गत राशि 25,000 रुपये से नहीं बढ़ती तो एक शपथ पत्र एवं क्षतिपूर्ति बन्धपत्र ही काफी है ।)

An affidavit-cum-indemnity bond is the prescribed form should be furnished whenever the payment under Employees' Deposit-linked Insurance exceeds Rs. 5000/- (if amount receivable under employees' Provident and Employees' Deposit-Linked Insurance does not exceed Rs. 25,000- one affidavit-cum-indemnity bond is sufficient)

**साधारण
General**

1. प्रपत्र में सभी खाने बिना काटा पीटी के स्याही से भरे जाने चाहिए ।
All the columns in the form should be filled in ink, without any overwriting.
2. ठीक (सही) डाक पता जिसमें पिन सहित दी हो आयुक्त को सही आदाता के शीघ्र भुगतान में समर्थ करेगी ।
Correct Postal address, including the Pin code will enable to make prompt Payment to the correct payee.
3. दावे के साथ सलंगन पावती पत्र में दावेदार को पता भरना चाहिए ।
The Claimant should also furnish the address in the acknowledgement card attached to the claims.
4. शिक्षित दावेदार को आवेदन पत्र पर हस्ताक्षर करने चाहिए ।
अशिक्षित सदस्यों के मामले में : अशिक्षित पुरुष दावेदार को बाएं हाथ के अंगूठे का निशान अथवा अशिक्षित महिला दावेदारों को दाएं हाथ के अंगूठे का निशान लगाना चाहिए ।
The literate claimant should sign the application form
in case of illiterate-Left hand thumb impression by illiterate male claimant and Right hand thumb-impression by illiterate female should be affixed in the claim form.
5. आवेदन दावों का साक्षात्कन (तसदीक)
Attestation of claim application

आवेदन नियोजक द्वारा प्रेषित किया जाना चाहिए जिसके अधीन सदस्य अंतिम बार कार्यकरता था । यदि किसी कारण से जो भी हो सदस्य नियोजक के माध्यम से आवेदन भेजने में असमर्थ है तो वह निम्न प्राधिकृत अधिकारी में से किसी एक से उस कार्यालय मुद्रा से तसदीक कराके दावा प्रेषित कर सकता है ।

The Application should be submitted through the employer under whom member was last employed. If for reasons, the claimant is unable to submit through the employer, the claim may be got attested with official seal by any of the following officials.

1. न्यायाधीश
Magistrate
2. राजपत्रित अधिकारी
A Gazetted Officer
3. डाकघर/उपडाकघर अधिकारी
Post/Sub-Post-Master
4. सभापति ग्राम सभा
President of Village union.
5. सभा ग्रामपचायत जहां कि सभा नहीं है ।
President of the village Panchayat where there is no union board.
6. अध्यक्ष/सचिव/सदस्य नगरपालिका/आन्तरिक जिला परिषद अथवा अन्य स्थानीय परिषद
Chairman/Secretary/Member of the Municipal/District/Local Board.
7. सदस्य लोक सभा / विधान सभा
Member of Parliament/Legislative Assembly
8. सदस्य सेन्ट्रल बोर्ड ट्रस्टीज रीजनल कमेटी
Member of C.B.T./Regional Committee E.P.F.
9. बैंक प्रबन्धक जिसमें कि बचत बैंक खाते रखे जाते हैं ।
Manager of the Bank in which the Saving Bank Account is maintained.
10. किसी मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्था का प्रधान
Head of any recognised educational institution.
11. अन्य कोई अधिकारी जिसको आयुक्त मान्यता प्रदान करें ।
Any other official as may be approved by the Commissioner.

6. **नियोजकों के लिए अनुदेश**
Instructions to Employers

दावे को भेजते समय नियोजक को यह पूरा पता होना चाहिए कि सभी सूचनाएँ जोकि दावे में मांगी गई हैं ठीक तरह से भर दी गई हैं तथा वांछित अभिलेख संलग्नित हैं ।

While forwarding the claims, the employers should ensure that all the information required is the claim is furnished correctly and requisite documents are enclosed.

परिवार पेंशन योजना, 1971 के अन्तर्गत दावे के समर्थन में संलग्नीय सेवा में भंग का समय (यह वह समय है जिसके लिए परिवार पेंशन निधि अंशदान नहीं दिया गया है । भरा जाना चाहिए, यदि पहले अंशदान पत्र द्वारा सूचित नहीं किया गया है ।

In support of claim under Employees' Family Pension Scheme 1971, the period of break in reckonable service i.e. period for which F. P. F. Contribution not payable should be furnished, if not already intimated through Contribution Card.

(केवल कार्यालय के प्रयोग हेतु)
(For office use only)

पंजीकरण संख्या
Regn. No.

कर्मचारी भविष्य निधि योजना, 1952 EMPLOYEES' PROVIDENT FUNDS SCHEME, 1952

प्रपत्र संख्या-20
FORM-20

प्रपत्र प्रयोग किया जाएगा
Form to be used :-

1. अल्पव्यस्क/मानसिक-असंतुलित सदस्य के अभिभावक द्वारा
by the guardian of minor/lunatic member
2. मृतक सदस्य के नामांकित/विधिवत् अधिकारी द्वारा
by a nominee or legal heir of the deceased member.
3. अल्पव्यस्क/मानसिक असंतुलित नामांकन या उत्तराधिकारी व्यक्ति के अभिभावक द्वारा अल्पव्यस्क मृतक सदस्य की भविष्य निधि राशि दावे के लिए
by guardian of the minor/lunatic nominee or heir for claiming the Provident Fund accumulation of the minor deceased member

टिप्पणी : इस प्रपत्र को पूर्ण करने से पहले हिदायत ध्यानपूर्वक पढ़िए ।

Note : Read the "Instruction" Carefully before completing the form.

सदस्य का विवरण/Particulars of the member

(क) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) (a) Name of the member (in block letters)	
(ख) पिता/पति का नाम (b) Father's/Husband's name	
(ग) कारखाने/प्रतिष्ठान का नाम व पता जिसमें सदस्य अंतिम बार काम करता था । (c) Name & Address of the Factory/Establishment in which the member was last employed	
(घ) खाता संख्या (d) Account No.	
(च) नौकरी छोड़ने की तिथि (e) Date of leaving service	
(छ) नौकरी छोड़ने का कारण (f) Reason for leaving service	
मृतक सदस्य के मामले में (IN CASE OF DECEASED MEMBER)	
(ज) मृत्यु की तिथि (g) Date of Death	
(झ) मृत्यु के दिन सदस्य की वैवाहिक स्थिति (h) Marital status of the member on the day of death	

दावेदार के विवरण

Particulars of the Claimant

मृतक सदस्य के परिवार के व्यस्क नामांकित/कानूनी उत्तराधिकारी सदस्य द्वारा भरा जाएगा
To be filled in by a Major nominee legal heir/member of the family of the deceased member

(क) दावेदार का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) (a) Name of the claimant (in block letters)	
(ख) पिता/पति का नाम (b) Father's / Husband's name	
(ग) लिंग (c) Sex	
(घ) आयु (सदस्य की मृत्यु के समय) (d) Age (as on Date of death of the member)	
(च) वैवाहिक स्थिति (सदस्य की मृत्यु की तिथि व समय) (क्या अविवाहित, विवाहित, विधवा या विधुर था) (e) Marital status (as on the date of death of member whether unmarried, widow/widower)	
(छ) मृतक सदस्य के साथ सम्बन्ध (f) Relationship with the deceased member	

अल्पव्यस्क/मानसिक-असंतुलित सदस्य के अभिभावक/प्रबन्धक द्वारा भरा जाएगा
To be filled by the Guardian/Manager of Minor/Lunatic member
या/OR

मृतक सदस्यों/पागल/अल्पव्यस्क नामांकित (तों) विधिवत उत्तराधिकारी (यों) परिवार के सदस्यों द्वारा भरा जाएगा ।
Lunatic/Minor Nominee (s), Legal Heir (s) Family member (s) of the deceased member

- (क) दावेदार का नाम (जो कि अभिभावक हो)
(a) Name of the claimant (i.e. Guardian)
(ख) पिता/पति का नाम
(b) Father's/Husband's name
(ग) अल्पव्यस्क/मृतक सदस्य के साथ सम्बन्ध
(c) Relationship with minor/deceased member

अल्पव्यस्क/मानसिक असंतुलित नामांकित/विधिवत उत्तराधिकारी/परिवार के सदस्यों का विवरण जिसके माध्यम से भविष्य निधि धन का दावा करना है
Particulars of the Minor/Lunatic (Nominee(s)/Legal Heir(s)/Family Members on whose behalf the Provident Fund Account is claimed

क्रम संख्या S. No.	नाम Name	लिंग Sex	आयु Age	धर्म Relation	सम्बन्ध/Relationship	
					मृतकसदस्य के साथ With deceased member	अभिभावक के साथ With Guardian
1.						
2.						
3.						
4.						

*यदि लागू न हो तो काट दीजिए
*Delete if not applicable

4. दावेदार का पूर्ण डाक पता (स्पष्ट अक्षरों में)
Claimant's Full Postal address (in block letters)

श्री/श्रीमती/
Shri/Smt.

सुपुत्र/धर्मपत्नी/पति/पुत्री
S/o/W/o/H/o/D/o

पिन/Pin

5. राशि भेजने की इच्छित रीति
Mode of Remittance

एक चुने हुए खाने में निशान लगाएँ
Put a tick in the box against the one opted

(क) राशि मेरे खर्च पर मनीआर्डर की जाए
(a) By Postal Money order at my cost

मद संख्या 4 के विपरीत दिए पते पर
To the address given in item No. 4

या/OR

(ख) आदाता खाते का चेक जमा के लिए सीधा मेरे बचत बैंक
खाता (अनुसूचित बैंक/डाकघर) में मुझे सूचना देते हुए भेजें

बचत बैंक खाता संख्या
S. B. Account No.

(b) By Account Payee cheque send direct for
credit to my S. B. A/c (Sch. Bank/Post Office)
under intimation to me.

बैंक का नाम
Name of the Bank

(अग्रिम प्राप्ति रसीद नीचे दी गयी है)
(Address stamped receipt furnish below)

शाखा का पूरा पता
Full address of the Branch

प्रमाण

CERTIFICATE

जहाँ तक मुझे ज्ञान है मैं इस बात का विश्वास दिलाता हूँ कि मृतक सदस्य के कोई बच्चा पैदा नहीं होगा ।

To the best of my knowledge no Posthumous child will be born to the deceased member

मैं इस बात को प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरे पूर्ण संभव जानकारी के अनुसार पूर्णतया सत्य है ।

I certified that the particulars given above are true to the best of my knowledge.

*मैं प्रमाणित करता हूँ कि अल्पसंख्यक/मानसिक असंतुलित श्री/श्रीमती/कुमारी मेरे साथ रह रहा है/रही है और मेरे द्वारा उसकी देखभाल और समर्थन किया जा रहा है तथा जो परिवार पेंशन लागू अल्पव्यस्क/मानसिक असंतुलित श्री/श्रीमती के लिए ही है तो उसे उसकी भलाई तथा फायदे के लिए खर्च की जाएगी ।

I certified that the minor(s) lunatic Sh./Smt./Kumari is living with me and is being supported and looked for by myself and the Family Pension Fund benefit received on behalf of minor lunatic will be in his/her best interests & benefits.

*मैं घोषित करता हूँ कि अल्पव्यस्क सदस्य किसी ऐसे कारखाने/प्रतिष्ठान में जहां कि कर्मचारी भविष्य निधि और विविध व्यवस्था अधिनियम लागू हो पिछले लगातार छः मास से इस प्रार्थना पत्र के दिनांक से नौकरी नहीं कर रहा है ।

I certify that the minor member has not been employed in any Factory/Establishment to which the "Act" applies for a continuous period of not less than 6 months immediately preceding the date of this application.

संलग्न

Enclosures :

दिनांक

Date

*जो लागू न हो तो काट दीजिए

*Delete, if not applicable

दावेदार के हस्ताक्षर या बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान
Signature of Left/Right hand thumb impression of the claimant

अग्रिम पेशगी रसीद

Advanced Stamped Receipt

[केवल ऊपरी 5 (ख) के मामले में भरी जानी चाहिए]

[To be furnished only in case of 5(b) above]

..... रुपए (केवल) रुपए) की राशि क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/कार्यकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय के द्वारा श्री/श्रीमती/ के भविष्य निधि भुगतान खाते में मेरे बचत खाते में जमा के लिए प्राप्त हुए ।

Received a sum of (Rs.) (*Rupees)

..... only) from Regional Provident Fund Commissioner/Officer In-charge of sub Regional Office by deposit in my Saving Bank account towards the settlement of Provident Fund accounts of Shri/Smt.

*स्थान क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/कार्यकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरा जाने के लिए खाली छोड़ा जाना चाहिए

*The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner/Officer Incharge of S. R. O.

1 रुपए की रसीदी टिकट लगाइये
Affix 1 rupee Revenue stamp

दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or Left/Right hand thumb impression of the claimant

(iii)

साक्ष्याकन/तसदीक अधिकारी द्वारा प्रमाणपत्र
Certificate by the attesting authority

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर कथित तथ्य सही है

Certified that the facts stated above are correct.

प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार श्री/श्रीमती/कुमारी

को मैं अच्छी तरह जानता हूँ और उन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशान किया है ।

Certified that the claimant Shri/Smt./Kumari

is known to me and has signed/thumb impressed before me.

दिनांक
Date

नियोजक या अन्य अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर पदनाम तथा मोहर
Signature of the employer or any authorised official
designation & Seal

(आयुक्त कार्यालय के प्रयोग हेतु)
(For the use of Commissioner's office)

लेखा आंशिक/पूर्ण भुगतान गया

फार्म 21-ए/24/2/9 (संशोधित) तथा निकासी

रजिस्टर में दर्ज कर लिया है ।

A/c Settled in Part/Full entered in Form 21-A/24/2/9 (Revised)
and withdrawal Register

लिपिक
Clerk

मुख्य लिपिक
Head Clerk

रुपए के अधीन
(Under Rs.)

भुगतान मद संख्या
P. I. No.

मनीआर्डर/चैक
M. O./Cheque

लेखा संख्या
Accounts No.

अनुभाग
Section

रुपए के भुगतान के लिए पास किया
Passed for Payment for Rs.

(शब्दों में)
in words

मनीआर्डर कमीशन (यदि कोई हो)
M. O. Commission (if any)

लेखा अधिकारी
Accounts Officer

शुद्ध राशि जो मनीआर्डर द्वारा दी जानी है
Net amount to be paid by M. O.

दिनांक
Date

रोकड अनुभाग के प्रयोग के लिए
FOR USE IN CASH SECTION

चैक संख्या
paid by inclusion in cheque No.
(Bank) Account No. 3, Date item No.

दिनांक
Date

रोकड बही
vide cash book

(बैंक) खाता संख्या-3 मंदनाम संख्या द्वारा किया गया

सु० लि०
H. C.

स० आ०/से०आ०
A.C./R.C.

अभियुक्तियाँ
REMARKS

(iv)

मृतक सदस्य के विवरण नीचे दिए जाते हैं

The Particulars in respect of the deceased member are furnished below

(क) मृतक का नाम

(a) Name of the Deceased

(ख) पिता का नाम (पति का नाम विवाहित महिला के मामले में)

(b) Father's Name (Husband's name in the case of married woman)

(ग) मृत्यु की तिथि

(c) Date of Death

(घ) अंतिम बार कार्य करता था।

(d) Last employed in

(च) भविष्य निधि/बीमा निधि में खाता संख्या

(e) Accounts No. in Provident Fund/Insurance Fund.

बचत बैंक खातों के विवरण जिसमें कि राशि जमा की जानी है

The Particulars of the Saving Bank Account into which the amount is to be deposited

(प्रखंड 24 (a) कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976)

(Paragraph 24(3) of the Employee's deposit Linked Insurance Scheme, 1976)

(क) दावेदार का नाम व पता

(a) Name & Address of the claimant

(ख) बैंकिंग कम्पनीज को प्रथम अनुसूचि उल्लिखित बैंक का नाम व पता (1970 के उपक्रम अधिनियम के अर्जन और तबादले)

(b) Name & full address of the Bank specified in the first scheme to the Banking Companies (Acquisition and transfer of undertaking Act, 1970)

दावेदार का बचत खाता संख्या

Saving Bank Account No. of the Claimant

4. मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी के अनुसार पूर्णयता सत्य है।

I declare that the above particulars are true to the best of my knowledge.

(दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएँ/दाएँ हाथ के अंगूठे का निशान दावेदार श्री/श्रीमती/कुमारी

(Signature or Left/Right hand thumb-impression of the claimant Shri/Smt. Kumari the applicant

अशिक्षित पुरुष आवेदक के मामले में बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान तथा

अशिक्षित महिला आवेदकों के मामले में दाएँ हाथ के अंगूठे का निशान

Left thumb impression in the case of illiterate male applicants

and right thumb impression in case of illiterate female applicants.

अग्रिम पेशगी रसीद

Advanced Stamped Receipt

रुपए (केवल)

रुपए) की राशि क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/कार्यकारी

अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय

के द्वारा कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना लाभों के रूप में मेरे वचत

खाते में जमा के लिए प्राप्त हुए।

Received a sum of (*Rs.) (*Rupees only) from Regional Provident Fund Commissioner/Officer Incharge of sub Regional Office by deposit in my Saving Bank account towards the Employees' Deposit Linked Insurance benefit

*स्थान क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/कार्यकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरा जाने के लिए खाली छोड़ा जाना चाहिए

*The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner/Officer Incharge of S. R. O.

1रुपए की रसीदी
टिकट लगाइये
Affix 1 rupees
Revenue stamp

दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएँ/दाएँ हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or Left/Right hand thumb impression of the claimant

प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार ने मेरे समक्ष हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान लगाया है।

Certified that the claimant signed/thumb impressed before me.

सलग्न

Enclosures :

दिनांक

Date

नियोजक अथवा अन्य अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of the employer or any authorised Official
पद

Designation

कारखाने/प्रतिष्ठान की मोहर

Stamp of the Factory/Estt.

(vi)

नियोजक द्वारा देय आधार पर भरा जायेगा
TO BE FILLED BY THE EMPLOYER ON DUE BASIS

टिप्पणी : स्तम्भ 2 तथा 3 केवल अछूत प्राप्त प्रतिष्ठानों के नियोजकों द्वारा भरा जाना चाहिए और छूट प्राप्त प्रतिष्ठानों के नियोजकों को सभी खाने भरने चाहिए।
Note : The employer of unexempted establishment should fill in the column 2 and 3 only and the employer of exempted establishment should fill in the all columns.

सदस्य की मृत्यु के तुरन्त पूर्व 36 महीनों में प्रत्येक माह के अन्त के सदस्य के भविष्य निधि खाते में रु० शेष थे।
Balance in Provident Fund at the end of the monthly, proceeding the 36 months immediately proceeding the death of the member.

माह Month	अपदान के दोनों हिस्से Both shares of Contribution	निकासी धन की वापसी Refund of withdrawal	ब्याज Interest	निकासी Withdrawals	उत्तरोत्तर शेष Progressive Balance
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					

36 महीनों का जोड़
Total of 36 Months

भविष्य निधि शेष रूप
Provident Fund Balance Rs.

औसत शेष रूप
Average Balance Rs.

**प्रमाण-पत्र
Certificate**

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दिए विवरण सही है
Certified that the particulars furnished above are correct.

प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य की मृत्यु सेवाकाल के दौरान हुई ।
Certified that the member died on while in service.

प्रमाणित करता हूँ कि मृतक श्री/श्रीमती/कुमारी
खाता संख्या की भविष्य निधि राशि श्री/श्रीमती/कुमारी को दिया गया ।
Certified that the Provident Fund accumulations of deceased employee, late Sh./Smt./Kumari
..... A/c. No. were paid to Shri/Smt./Kumari.

- (i)
(ii)
(iii)

छूट प्राप्त प्रतिष्ठान के नियोजक मृतक कर्मचारी के नामांकन प्रपत्र को तसदीक/साक्ष्यांकन प्रति भेजेंगे ।
(The employer of exempted Establishment shall send on attested copy of the nomination of the deceased employee)

दिनांक
Date
*यदि लागू न हो काट दीजिए
*Delete, if not applicable

नियोजक के हस्ताक्षर (कार्यालय मोहर सहित नाम तथा पदनाम)
Signature of the employer
(Name & designation with official Seal)

(आयुक्त कार्यालय के प्रयोग हेतु)
(For the use of Commissioner's Office)

फार्म 21-ए/6 (संशोधित) 1 बी०नि० तथा निकासी रजिस्टर में दर्ज कर लिया है ।
Entered in Form 21-A/9 (Revised) 1 I.F. withdrawal Register

लिपिक Clerk	मुख्य लिपिक Head Clerk
रुपये के अधीन (Under Rs.)	
भुगतान मद संख्या P. I. No.	खाता संख्या Account No.
अनुभाग Section	
..... रुपए	केवल रुपए की राशि
भुगतान के लिए पास की गई तथा राशि श्री/श्रीमती/कुमारी	के बचत बैंक खाते में
जमा के लिए अदा की जाए जोकि	बैंक में है ।
Passed for payment for Rs. (Rupees	
.....) and the amount may be remitted for credit to the Saving Bank Account No.	
..... in respect of Sh./Smt./Kumari	maintained at
..... (Bank)	
	लेखा अधिकारी Accounts Officer
	दिनांक Date :

चेक संख्या से समावेश द्वारा भुगतान किया गया ।
Paid by inclusion in cheque No.

लिपिक
Clerk

मु०लि०
H. C.
(viii)

स०आ०/क्ष०आ०
A. C./R. C.