

केन्द्रीय होमियोपैथी परिषद्
CENTRAL COUNCIL OF HOMOEOPATHY
जनकपुरी, नई दिल्ली-58
JANAKPURI, NEW DELHI-58

FORM 4

कार्यालय प्रमुख द्वारा सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारी से आठ माह पूर्व लिया जाने वाला विवरण

**PARTICULARS TO BE OBTAINED BY THE HEAD OF OFFICE FROM THE
RETIRING COUNCIL'S SERVANT EIGHT MONTHS BEFORE THE DATE OF THE RETIREMENT**

1. कर्मचारी का नाम :
Name :
2. (क) जन्म तिथि :
Date of Birth :
(ख) सेवानिवृत्ति की तिथि :
Date of retirement :
3. राजपत्रित अधिकारी द्वारा सत्यापित :
दो नमूना हस्ताक्षर :
(अलग पृष्ठ पर किए जाने हैं) :
Two specimen signatures :
(to be furnished in a separate sheet) :
Duly attested by a Gazetted :
Govt. servant) :
4. पत्नी अथवा पति के संयुक्त तीन :
पासपोर्ट साइज़ फोटो (कार्यालय :
प्रमुख द्वारा सत्यापित) :
Three copies of Joint passport size :
photograph with wife or :
Husband (to be attested by the :
Head of Office) :
5. कर्मचारी की लम्बाई एवं व्यक्तिगत :
पहचान चिन्ह को दर्शाती राजपत्रित :
अधिकारी द्वारा सत्यापित दो स्लिप :
Two slips showing the particulars :
of height and personal identification :
marks duly attested by a Gazetted :
Officer. :

6. वर्तमान पता :
Present Address :
.....
7. सेवानिवृत्ति के पश्चात् पता :
Address after retirement :
.....
8. खजाना अथवा बैंक शाखा अथवा वेतन :
एवं लेखा कार्यालय जिसके माध्यम से
पेन्शन ली जानी है
Name of the Treasury or the Branch
of Public Sector Bank or the Pay and
Accounts Office through which the
pension is to be drawn
9. फार्म 3 में दर्शाए अनुसार परिवार का :
विवरण :
Details of the family as in Form 3 :
- 10 यदि पारिवारिक पेंशन किसी अन्य स्रोत द्वारा भी ग्रहण की जा रही है (सेना अथवा राज्य सरकार तथा/अथवा सार्वजनिक उपक्रम/स्वायत्त निकाय केन्द्र अथवा एक राज्य सरकार के अंतर्गत स्थानीय फंड) तो उसका विवरण – Indicate whether family pension is admissible from any other source – Military or State Government and/or a Public Sector Undertaking/Autonomous Body/Local Fund under the Central or a State Government.

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature

स्थान

(Place)

