



उपदान संदाय (केन्द्रीय) नियम, 1972
THE PAYMENT OF GRATUITY (CENTRAL) RULES, 1972

फार्म I Form I

[नियम 7 का उप-नियम (I) देखें] [See Sub-rule (I) of Rule 7]

कर्मचारी द्वारा उपदान के लिए आवेदन
APPLICATION FOR GRATUITY BY AN EMPLOYEE

प्रेषित To.....
.....

(यहाँ पूरा पता के साथ स्थापन के नाम या वर्णन लिखें)
(Give here name or description of the establishment with full address)

श्रीमान/महोदय,
Sir/Gentlemen,

मैं ऐसे उपदान के भुगतान के लिए आवेदन करता/करती हूँ जिसका उपदान संदाय अधिनियम, 1972 की धारा 4 का उप-धारा (I) के अन्तर्गत.....से मेरे अधिवर्षिता/सेवा-निवृत्त/कम से कम पांच साल की लगातार सेवा समाप्त कर लेने के बाद दिए गए त्याग पत्र/दुर्घटना की वजह से पूर्ण निःशक्तता रोग की वजह से पूर्ण निःशक्तता के कारण मैं हकदार हूँ। स्थापना में मेरी नियुक्ति से संबंधित आवश्यकता ब्यौरे नीचे विवरणी में दिए हैं।

I beg to apply for payment of gratuity to which I am entitled Sub-section (I) of Section 4 of the Payment of Gratuity Act, 1972 on account of my superannuation/retirement/resignation after completion of not less than five years of continuous service/total disablement due to accident/total disablement due to disease with effect from theNecessary particulars relating to my appointment in the establishment are given in the statement below.

विवरणी STATEMENT

- (1) पूरा नाम Name in full.....
- (2) पूरा पता Address in full.....
- (3) विभाग/शाखा/अनुभाग जहाँ अन्तिम बार नियोजित था/थी
Department/Branch/Section where last employed.....
- (4) किस पद पर था/थी टिकट नम्बर या क्रमांक के साथ, यदि कोई हो
Post held with Ticket No. or Serial No., if any.....
- (5) नियुक्ति की तिथि Date of appointment.....
- (6) सेवा समाप्ति के कारण और तिथि
Date and cause of termination of service.....
- (7) सेवा की कुल अवधि
Total period of service.....
- (8) अन्तिम बार ली गई मजदूरी की राशि
Amount of wages last drawn.....
- (9) उपदान की राशि जिसका दावा किया गया है
Amount of gratuity claimed.....

के कारण (यहां रोग या दुर्घटना के प्रकार के ब्यौरे दें) में पूर्णतः निःशक्त हो गया। मेरी पूर्ण निःशक्तता के समर्थन में साक्ष्य/साक्षी इस प्रकार है।

(यहां ब्यौरे दें)

I was rendered totally disabled as a result of

.....(Here give the details of the nature of disease/accident).

The evidences/witnesses in support of my total disablement are as follows (Here give details) :

3. नगद/खुला या रेखांकित बैंक चेक द्वारा भुगतान करने की कृपा करें।
Payment may please be made in cash/open or crossed bank cheque.
4. चूंकि देय उपदान की राशि एक हजार रुपये से कम की है, अनुरोध है कि मुझे देय राशि, उसमें से डाक मनीआर्डर कमीशन काट कर, अलिखित पते पर मुझे डाक मनीआर्डर द्वारा भेजने की व्यवस्था की जाय।

As the amount of gratuity payable is less than Rupees one thousand, I shall request you to arrange for payment of the sum due to me by Postal Money Order at the address mentioned above after deducting postal money order commission therefrom.

आपका विश्वासभाजन,
Yours faithfully,

स्थान Place:

तिथि Date:

आवेदक/कर्मचारी का
हस्ताक्षर, अंगूठे की छाप

Signature/thumb Impression
of the applicant/employee

टिप्पणी : 1 लागू न होने वाले शब्दों को काट दें।
Note : Strike out the words not applicable.

2. लागू न होने वाले पैराग्राफों को काट दें।
Strike out paragraphs or paragraph not applicable.