

महालेखाकार (लेखापरीक्षा-II) का कार्यालय,

ओडिशा: भुवनेश्वर

OFFICE OF THE ACCOUNTANT GENERAL (AUDIT-II)

ODISHA: BHUBANESHWAR

संतान शिक्षा भत्ता/ हास्टल सब्सिडी प्रतिपूर्ति प्रपत्र

**PROFORMA FOR REIMBURSEMENT OF
CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE/HOSTEL SUBSIDY**

आदेश सं.A-27012/02/2017Estt(AL) दिनांक-16/08/2017

ORDER NO.A-27012/02/2017-Estt.(AL) dated-16/08/2017

मैं, इसके द्वारा अपने बच्चे/बच्चों के लिए वित्त वर्ष 20 -20 हेतु बाल शिक्षा भत्ते की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन करता/करती हूँ। संबंधित विवरण निम्नवत है:

I hereby apply for reimbursement of Children Education Allowance for my child/children for the financial year 20 -20 .The relevant particulars are furnished below:

1. कर्मचारी का नाम/Name of the Employee :
2. पदनाम/Designation :
3. कर्मचारी पहचान संख्या/Employee I.D. No. :
4. पति/पत्नी का नाम/Name of Spouse :
5. यदि पति/पत्नी कार्यरत हैं, कृपया बताएं

कि केंद्र सरकार/राज्य सरकार (विवरण सहित)के
अंतर्गत कार्यरत हैं/If spouse
is employed, State whether in Central
Govt.,State Govt.(give details):

6. कर्मचारी के सभी बच्चों का विवरण/

Details of all the children of the employee:

क्र.सं./ SI No.	संतान का क्रम/Sequence	नाम/Name	जन्म तिथि/ Date of Birth	आयु/Age
1.	पहली संतान/ 1 st Child			
2.	दूसरी संतान/ 2 nd Child			
3.	तीसरी संतान/ 3 rd Child			

7. जिस बच्चे के लिए संतान शिक्षा भत्ता/हास्टल सब्सिडी दावा प्रस्तुत किया जाना है उसका विवरण/
Particulars of children for whom CEA/Hostel Subsidy is claimed:

विवरण/Details	संतान सं.-1/Child No.1	संतान सं.-2/Child No.2
संतान का नाम/ Name of the child		
जन्म तिथि/Date of Birth		
शैक्षणिक वर्ष/Academic Year		
विद्यालय /आवासीय विद्यालय/कॉलेज का नाम Name of School/Residential School/College.		
कक्षा/Class		
दावे (सीईए/हास्टल सब्सिडी/दोनों) का प्रकार Nature of Claim(CEA/ Hostel Subsidy/Both)		

8. जिस संतान के लिए सीईए के दावे का आवेदन किया गया है क्या वह दिव्यांग है:हाँ/नहीं
Whether the child for whom the CEA is applied for is a disabled child: Yes/ No
(क) यदि हाँ तो दिव्यांगता का प्रकार/प्रकृति बताएं

If yes, indicate the nature of disability:

(ख) दिव्यांगता प्रमाण-पत्र की तिथि/

Date of disability certificate :

(ग) दिव्यांगता की प्रतिशतता/

Indicate the percentage of disability :

9. क्या संस्था प्रमुख से प्राप्त वास्तविक प्रमाण-पत्र संलग्न किया गया है: **हाँ /नहीं**
Whether the Bonafide certificate from Head of institution has been attached: Yes/No

10. कर्मचारी के आवास से संतान के छात्रावास की दूरी(हास्टल सब्सिडी के दावे के मामले में):
Distance of Hostel of child from residence of employee(in case Hostel subsidy is claimed):

11. हास्टल सब्सिडी के लिए, राशि संबंधी प्रमाणपत्र संलग्न किया गया है: **हाँ /नहीं**
For Hostel Subsidy, whether the certificate mentioning the amount is attached: Yes/No

12. मद सं.11 में यदि हाँ है तो हास्टल सब्सिडीके दावे की राशि:
If Yes at Item No.11, Amount claimed for Hostel Subsidy:

- 13.(अ) प्रमाणित किया जाता है कि दावा की गई शुल्क/राशि का भुगतान वास्तविक रूप से मेरे द्वारा किया गया है।

(a)Certified that the fee/amount claimed above has actually been paid by me.

(ब) प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पत्नी/मेरे पति केंद्रीय सरकारी कर्मचारी नहीं है।

(b) Certified that my wife/husband is not a Central Government Servant.

(स) प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पति/मेरी पत्नी श्री/श्रीमती वर्तमान में के पद पर में कार्यरत हैं एवं उन्होंने उपर्युक्त वर्णित संतान के लिए संतान शिक्षा भत्ते के लिए ना ही आवेदन किया है और ना ही करेंगे।

(c) Certified that my husband/wife

Sri/Smt.....is presently working as in and that he/she shall not apply/has not applied for the Children Education Allowance for the child mentioned above.

(द) प्रमाणित किया जाता है कि मैंने या मेरी पत्नी/पति ने किसी भी माध्यम से इस प्रतिपूर्ति के लिए दावा किया है और ना ही भविष्य में किया जाएगा।

(d) Certified that I or my wife/husband has not claimed this re-imburement from any other source and will not claim the same in future.

उपर्युक्त दी गई जानकारी पूर्ण एवं सही है एवं मेरे द्वारा किसी भी प्रकार की संबंधित जानकारी छुपाई नहीं गई है। संतान शिक्षा भत्ते की प्रतिपूर्ति की पात्रता को प्रभावित करने वाली उपर्युक्त दी गई जानकारी में किसी भी प्रकार के बदलाव के विषय में, मैं वचन देता हूँ कि मेरे द्वारा इस संबंध में तत्काल सूचित किया जाएगा एवं यदि अधिक भुगतान प्राप्त हुआ तो उसको वापस करूंगा/करूंगी। इसके अतिरिक्त, मुझे पूर्णरूप से जानकारी है कि उपर्युक्त प्रदान की गई जानकारी/दस्तावेज किसी भी चरण में गलत पाए जाने पर मैं अनुशासनात्मक कार्रवाई के लिए उत्तरदायी हूँ।

The information furnished above are complete and correct and I have not suppressed any relevant information. In the event of any change in the particulars given above affecting my eligibility for reimbursement of Children Education Allowance, I undertake to intimate the same promptly and also to refund excess payments, if any, made. Further, I am aware that, if at any stage, the information/documents furnished above are found to be false, I am liable for disciplinary action.

हस्ताक्षर/Signature:

स्थान/Place: भुवनेश्वर

दिनांक/Date:

नाम/Name:

पदनाम/Designation:

कर्मचारी पहचान संख्या/Emp.ID No.:

जीपीएफ/पीआरएन नं./GPF/PRAN No.:

बचत खाता सं./Saving A/c No.: