

# भा.कू.अनु.प.-भारतीय बीज विज्ञान संस्थान, मऊ

## भविष्य निधि से अग्रिम आवेदन के लिए प्रपत्र

अग्रिम के लिए आवेदन .....

1. ग्राहक का नाम : -.....
  2. खाता संख्या (विभाग के प्रत्यय के साथ): .....
  3. पद : .....
  4. भुगतान : .....
  5. आवेदन की तिथि में जमा शेष राशि नीचे दी गई है -
    - i. वर्ष के विवरण के अनुसार अंतिम शेष : रु. ....
    - ii. क्रेडिट : रु. ....  
से ..... मासिक सदस्यता के कारण ।
    - iii. रिफंड .....: रुपये।
    - iv. आहरण के दौरान : रु। .....  
अवधि ..... से .....
    - v. क्रेडिट पर नेट बैलेंस .....
  6. अग्रिम/बकाया राशि, यदि कोई हो, और जिस प्रयोजन के लिए उस समय तक अग्रिम लिया गया था, अग्रिम ली गई शेष राशि ।  
रुपये के रूप में बकाया ..... तारीख रु. ....
  7. आवश्यक अग्रिम राशि : रु. ....
  8. (ए) उद्देश्य जिसके लिए अग्रिम की आवश्यकता है : .....
  - (बी) नियम जिसके तहत अनुरोध शामिल है : .....
  - (ग) यदि गृह निर्माण आदि के लिए अग्रिम मांगा जाता है तो निम्नलिखित सूचना देना अनिवार्य है:-  
भूखंड का स्थान और माप .....
  - i. प्लॉट फ्रीहोल्ड है या प्लॉट लीज पर निर्माण के लिए: .....
  - ii. यदि फ्लैट या प्लॉट एच.बी सोसायटी का खरीदा जा रहा है, तो सोसायटी का नाम, स्थान और माप आदि .....
  - .....
  - iii. निर्माण की लागत: .....
  - iv. यदि फ्लैट की खरीद एलडीए या किसी हाउसिंग बोर्ड आदि से की जाती है तो उसे लोकेशन डायमेंशन आदि दिया जा सकता है। .....
- (डी) यदि बच्चों की शिक्षा के लिए अग्रिम राशि की आवश्यकता है, तो निम्नलिखित विवरण देना अनिवार्य है: -
- i. पुत्र/पुत्री का नाम : .....
  - ii. कक्षा और संस्थान/महाविद्यालय जहां पढ़ रहे हैं : .....
  - iii. चाहे डे-स्कॉलर हो या होस्टलर : .....

(ई) यदि परिवार के बीमार सदस्य के इलाज के लिए अग्रिम की आवश्यकता है, तो निम्नलिखित विवरण जो नीचे में दिया गया है:-

- i. रोगी का नाम और संबंध .....
- ii. अस्पताल/औषधि/चिकित्सक का नाम जहां रोगी का उपचार चल रहा है  
.....
- iii. क्या आउटडोर/इनडोर रोगी .....
- iv. प्रतिपूर्ति उपलब्ध है या नहीं .....

9. समेकित अग्रिम की राशि (आइटम 6 और 7) और मासिक किस्तों की संख्या जिसमें समेकित अग्रिम राशि रु।  
..... किस्तों में चुकाने का प्रस्ताव है।

10. धन का पूरा विवरण: अग्रिम राशि के आवेदन की आर्थिक परिस्थितियाँ

.....  
.....  
.....

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही और पूर्ण हैं कि मेरे द्वारा कुछ भी छुपाया नहीं गया है।

दिनांक:

आवेदक के हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

अनुभाग/शाखा:

**ICAR- INDIAN INSTITUTE OF SEED SCIENCE, MAU**  
**PROFORMA FOR APPLICATION FOR ADVANCE FROM PROVIDENT FUND**

Application for Advance from .....

1. Name of the subscriber: - .....
2. Account Number (With department suffix): .....
3. Designation: .....
4. Pay: .....
5. Balance at credit of the date of the application as below –
  - i. Closing balance as per statement for the year : Rs. ....
  - ii. Credit from : Rs. ....  
to ..... on account of monthly subscription.
  - iii. Refunds .....: Rs.
  - iv. Withdrawals during the : Rs. ....  
Period from ..... to .....
  - v. Net balance at Credit .....
6. Amount of advance / outstanding, if any, and the purpose for which advance was taken by then Amount of advance taken Balance.  
Outstanding as on Rs. .... date Rs. ....
7. Amount of advance required : Rs.
8. (a) Purpose for which the advance is required: .....
- (b) Rules under which the request is covered: .....
- (c) If advance is sought for House Building, etc. Following Information may be given:-  
Location and measurement of the plot .....
- i. Whether plot is Freehold or on lease Plot for construction: .....
- ii. If the flat or plot being purchased is from a H. B society, the Name of the Society, the location and measurements etc .....
- .....
- iii. Cost of construction: .....
- iv. If the purchase of the flat is from LDA or any Housing Board, etc. The location Dimension, etc. may be given. ....
- (d) If advance is required for education of children, following details may be given:-
  - i. Name of the Son/Daughter :
  - ii. Class and Institution /College Where Studying :
  - iii. Whether a day-Scholar or a hostler :

(e) If advance is required for treatment of ailing family member, following details may be given as :-

- i. Name of the patient and relationship .....
- ii. Name of the Hospital / Dispensary/Doctor where the patient is Undergoing treatment  
.....
- iii. Whether outdoor/indoor patient .....
- iv. Whether reimbursement available or not.....

9. Amount of the consolidated advance (items 6 and 7) and number of monthly installments in which the consolidated advance is proposed to be repaid: Rs. ....  
in installments.

10. Full particulars of the pecuniary: pecuniary circumstances of the application for the advance:

.....  
.....  
.....

I certify that particulars given above are correct and complete to the best of my knowledge and belief that nothing has concealed by me.

**Dated:**

**Signature of Applicant:**

**Name:**

**Designation:**

**Section/Branch:**