

4599

Registered Post

From:

Ramesh Kumar(Malviya),
Deputy Registrar(M),
High Court of Judicature at
Allahabad.

Reg-71

To:

Additional Director, Camp Office, Directorate of Treasuries,
New Treasury Building, First Floor, Kutchery Road,
Allahabad.

305

No. 2108 /IV-2440/Admin.(A)/Dated:Allahabad: Feb. 10th, 2017.

Sub:- G.I.S. claim of Sri Shaileshwar Nath Singh, Compulsorily Retired
Additional District & Sessions Judge, Siddhrth Nagar.

Sir,

I am sending herewith a copy of letter No.64/XV Siddharth Nagar
dated 25.01.2017 of the District Judge, Siddhrth Nagar alongwith three sets
of Form 31 of G.I.S. claim of Sri Shaileshwar Nath Singh and to request you
kindly to take necessary action for forwarding the same to the Director,
Directorate Group Insurance Scheme of U.P. State Employees, Vikas Deep,
Fourth floor (Sixth Level), 22 Station Road, Lucknow, for its settlement.

Yours faithfully,
[Signature]
Deputy Registrar

Encl:

- 1- Copy of letter No. 64/XV Siddharth Nagar
dated 25.01.2017 of the District Judge, Siddhrth Nagar.
- 2- Three sets of G.I.S. Form No.31.

306

No. 2109 /IV-2440 /Admin.(A)/Dated:Allahabad: Feb. 10th, 2017.

Copy forwarded for information and necessary action to:-

- 1- The Director, Directorate Group Insurance Scheme of U.P. State
Employees, Vikas Deep, Fourth floor (Sixth Level), 22, Station Road
Lucknow (Uttar Pradesh).
- 2- The District Judge, Siddharth Nagar.
- 3- Sri Shaileshwar Nath Singh, Compulsorily Retired Additional District
& Sessions Judge, R/O-A Block Jugal Kishore Residenci jopling
Road(Near Dainik Jagaran Chauraha), Hajrat Ganj, Lucknow-226001.

D.R.(M)

May kindly see the order dt. 03.02.17 of
the Ld. Regr-(S)(B) placed below and
issue?

[Signature]
Deputy Registrar

[Handwritten notes and signatures]
Jendrey
06.02.17
MS
06/02/17
AR.

1496

Ref-71

Deputy Registrar(M)

May kindly see the letter No.64/XV Siddharth Nagar dated 25.01.2017 (**placed below**) of the District Judge, Siddharth Nagar, regarding claim of G.I.S. of Sri Shaileshwar Nath Singh, Compulsorily Retired Additional District & Sessions Judge, Siddharth Nagar (retired on 03.05.2016).

Through the aforesaid letter the District Judge, Siddharth Nagar has submitted application for G.I.S. claim of Sri Shaileshwar Nath Singh on Form No.31(in triplicate), to this court, for taking further necessary action in this matter.

In this context it is submitted that in accordance with the provisions contained in point No.5 of G.O. bearing No. S.E.684/X-2002-61(A)/99, dated 27.3.2002 (**at flag 'A'**) the claim under Group Insurance Scheme of self drawing officer of U.P. Judicial Service is to be sent to the Director, Directorate of U.P. State Employees Group Insurance, Vikas Deep, Fourth Floor (Sixth Level), 22, Station Road, Lucknow through the Additional Director, Camp Office, Directorate of Treasuries, New Treasury Building, First Floor, Kutchery Road, Allahabad, for its settlement.

If approved by the learned Registrar (Judicial)(Budget), the Form No. 31 of G.I.S. claim of Sri Shaileshwar Nath Singh, may be sent to the Additional Director, Camp Office, Directorate of Treasuries, New Treasury Building, First Floor, Kutchery Road, Allahabad directly so that the same may be forwarded by him to the Director, Directorate of U.P. State Employees Group Insurance, Vikas Deep, Fourth Floor (Sixth) Level), 22, Station Road, Lucknow, for its settlement and a copy may be forwarded to Sri Shaileshwar Nath Singh, Compulsorily Retired Additional District & Sessions Judge, R/O-A Block Jugal Kishore Residenci Jopling Road(near Dainik Jagran Chauraha) Hajrat Gang, Lucknow-226001, for information and necessary action?

A

Registrar (BUD)

may like to approve as proposed at 'A'?

MS
03/02/17
AR

MS
03/02/17
AR

(A) Approved
MS
RUB
03/02/17

S.O. Admn(A-1)
MS
04/02/17

Mr. Rajendra S.
MS
04/02/17
AR

2017

Reg. No. 3823
File No. IV/2440
Serial No. 304

8.1.17

Santosh
28-1-17
Encl (2) page
स्वतंत्र प्रदान प्रपत्र

प्रेषक,
सेवा में,

जनपद न्यायाधीश,
सिद्धार्थनगर।

श्री रमेश कुमार मालवीय
उपनिबन्धक (एम)
माननीय उच्च न्यायालय,
इलाहाबाद।

31/1/17
B
21-1-17

2493

पत्राक:- 64 / XV सिद्धार्थनगर : दिनांक : 25 जनवरी, 2017

विषय:- श्री शैलेश्वर नाथ सिंह, सेवानिवृत्त विशेष/अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश सिद्धार्थनगर के पेंशन प्रपत्र एवं जी0आई0एस0 दावा तथा अदेयता प्रमाण पत्र के प्रेषण के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक माननीय न्यायालय के पत्र संख्या 18130/IV-2440/पेंशन/एडमिन (ए)/इलाहाबाद दिनांक 23-12-2016 के अनुपालन में श्री शैलेश्वर नाथ सिंह, सेवानिवृत्त विशेष/अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश सिद्धार्थनगर के पेंशन प्रपत्र आपत्ति निस्तारित करने के पश्चात एवं जी0आई0एस0 का दावा तीन प्रतियों में तथा अदेयता प्रमाण पत्र इस पत्र के साथ संलग्न कर प्रेषित किया जा रहा है।

कृपया प्राप्ति स्वीकार करने की कृपा करें।

2 CAR, Aca
AR (A)
S.O. Admin H
Bwd 28.1.17
DR

संलग्नक :

- X 1- पेंशन प्रपत्र तीन अदद। -X
- X 2- जी0आई0एस0 दावा तीन प्रति में।
- X 3- अदेयता प्रमाण पत्र मूल रूप से। -X

भवदीय

जनपद न्यायाधीश 25/1/17
सिद्धार्थनगर
जनपद न्यायाधीश
सिद्धार्थनगर

S. O. Admin H

Mise file has been submitted
on 21-1-17 per 907, G.P.F

Sanjiv
Mr. Registrar
ms 01/01/17
BR.

B
21-1-17

Ref-71

जी.एस.एस. फॉर्म संख्या-31

(यह प्रपत्र तीन प्रतियों में प्रेषित करना है)

सेवा में,

निदेशालय

30 प्रथम वर्ग कर्मचारी राष्ट्रीय वीमा निदेशालय

लियांग रोड चतुर्थ तल (कठालेखित)

22- स्टेशन रोड लखनऊ

महोदय,

वीमा निदेशालय के प्रयोगार्थ

दावा संख्या-

मैं उत्तर प्रदेश राज्य सरकार द्वारा लागू सामूहिक वीमा योजना के अंतर्गत सेवा निवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक/पृथ अधिकारी/कर्मचारी का दावा निम्न प्रकार से प्रस्तुत करता हूँ :-

1. (अ) अधिकारी/कर्मचारी का नाम :- 1. (हिन्दी में) श्री लेश्वर नाथ सिंह
2. (अंग्रेजी में) SHAILESHWAR NATH SINGH
(कैपिटल लेटर में)
- (ब) मोबाइल सं० या दूरभाष सं० एस०टी०डी० कोड सहित :- 9415101984
- (स) पिता/पति का नाम :- श्री सिंह
2. पद नाम :- शिक्षक
3. (क) जी०पी०एफ०/खाता संख्या (यदि हो) :- LJU 10503
(ख) एन०पी०एस० खाता संख्या (यदि हो) :-
(ग) जी०पी०एफ०/एन०पी०एस० के अभाव में (NEW) अंकित किया जाय :- X
4. (अ) योजना से पृथक होने के समय का वेतन ग्रेड :- वेतनमान 51550-63070
(ब) योजना से पृथक होने के समय का ग्रेड पे :-
(स) यदि ग्रेड पे रू० 6600 प्राप्त हुआ हो तो उसका दिनांक :- 06-06-1990
(द) समूह 'ख' के वेतनमान में आने का दिनांक :- 03-10-2000
(थ) समूह 'क' के वेतनमान में आने का दिनांक :-
(क) विभाग :- नयाप लियांग
(ख) विभागाध्यक्ष :- माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद
6. जन्मतिथि :- 01-01-1960
(अ) अंको में :-
(ब) शब्दों में :- एक जनवरी शत दन्ती सौ साठ
7. (अ) सेवा में नियुक्ति का दिनांक :- 06-06-1990
(ब) योजना में प्रवेश का दिनांक :- 06-06-1990
8. (अ) रू० 05 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि X से तक
(ब) रू० 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि X से तक
(स) रू० 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि X से तक
(त) रू० 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि X से तक
(थ) रू० 30 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि X से तक
(द) रू० 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि X से तक
(ध) रू० 60 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि 06-06-1990 से 30-09-2000 तक
(न) रू० 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि X से तक
(प) रू० 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि 01-10-2000 से 31-05-2011 तक

9. 01 दिसम्बर, 2008 की स्थिति के अनुसार
 (अ) ग्रेड पे 2800 तक रू० 100 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....x.....से.....x.....तक
 (ब) ग्रेड पे 2801 से 5400 तक रू० 200 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....x.....से.....x.....तक
 (ग) ग्रेड पे 5400 से अधिक रू० 400 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि 01-06-2011 से 30-4-2016 तक
10. सेवानिवृत्त/सेवा से अन्वया पृथक होने की तिथि :- 03-05-2016
 (यदि लागू न हो तो (X) करें)
11. सेवारत अवस्था में मृत्यु की तिथि :- :.....x.....
 (यदि लागू न हो तो (X) करें)
12. सेवारत/सेवा से अन्वया पृथक होने का कारण.....अनिवार्य सेवा निवृत्त
13. अधिकारी/कर्मचारी विवाहित था अथवा अविवाहित :- :.....विवाहित
14. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा एक से अधिक विवाह किया गया हो तो निम्न विवरण दिया जाय एवं यदि दूसरा विवाह अनुमति से किया गया है तब अनुमति सभ्यन्धी आदेश की प्रमाणित प्रति संलग्न की जाए। (यदि लागू न हो तो (X) करें)

| | नाम | विवाह की तिथि | उनसे उत्पन्न संतानों के नाम | जन्म तिथि |
|-------------|-----|---------------|-----------------------------|-----------|
| पहली पत्नी | x | x | x | x |
| दूसरी पत्नी | | | | |

15. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा उसके सेवाकाल में सामूहिक बीमा योजना संबंधी नामांकन पत्र भरा गया हो तो उसकी प्रमाणित प्रति संलग्न करें तथा नामित व्यक्ति/व्यक्तियों के सभ्यन्ध में निम्न सूचनाएँ भी उपलब्ध करायें :-

| क्रम संख्या | नामित व्यक्ति/ व्यक्तियों* के नाम | मृतक से सभ्यन्ध | आयु/जन्म तिथि | प्रत्येक को देय अंश | संरक्षक का नाम (अवयस्क होने की दशा में) | नामितों में से किसी की मृत्यु हो गयी हो तो मृत्यु का दिनांक भी अंकित करें |
|-------------|-----------------------------------|-----------------|---------------|---------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | x | x | x | x | x | x |

*यदि नामितों में कोई अवयस्क हो और नामांकन प्रपत्र में संरक्षक का नाम अंकित न हो तो प्राकृतिक संरक्षक की अनुपस्थिति में सक्षम न्यायालय द्वारा उसके नियुक्त किये गये संरक्षक के संबंध में जारी संरक्षकता प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति उपलब्ध कराये।

16. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा सामूहिक बीमा योजना संबंधी नामांकन पत्र न भरा गया हो तो अधिकारी की मृत्यु के दिनांक को शासनादेश संख्या-बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के प्रस्तर-3 (ग) में दिये गये क्रमानुसार परिवार के सदस्यों की स्थिति स्पष्ट करें :-

| क्रम संख्या | परिवार के सदस्यों का नाम | मृतक से सम्बन्ध | आयु/जन्म तिथि | विवाहित अथवा अविवाहित/विवाह की तिथि | यदि अधिकारी की मृत्यु के उपरांत परिवार में से किसी की मृत्यु हो गयी हो तो उसकी मृत्यु तिथि भी अंकित करें |
|-------------|--------------------------|-----------------|---------------|-------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | X | | X | X | X |

नोट :- संख्या (1) शासनादेश संख्या-बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के अनुसार परिवार में निम्नलिखित सदस्य माने जायेंगे :-

संख्या (2) स्तम्भ-15 के कालम-5 में केवल पुत्रियों के मामले में यह स्पष्ट करें कि विवाहित है अथवा अविवाहित तथा विवाहित होने की स्थिति में पुत्री के विवाह की तिथि भी स्तम्भ-15 में ही दर्शायें।

1- पत्नी/पति (जैसी स्थिति हो)

2- पुत्रगण

3- अविवाहित तथा विधवा पुत्रियों (सौतेले तथा दत्तक पुत्र/पुत्रियाँ सहित)

4- भाई (18 वर्ष आयु से कम) तथा अविवाहित/विधवा बहनें (सौतेले भाई/बहनों सहित)

5- पिता तथा माता

6- विवाहिता पुत्रियाँ (सौतेली पुत्रियाँ सहित) तथा

7- पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व पुत्रियाँ।

उपर्युक्त शासनादेश का प्रस्तर-3 (ग) निम्न प्रकार है :-

3(ग) यदि किसी अधिकारी/कर्मचारी की नामांकन करने के पूर्व ही मृत्यु हो गयी हो तो सामूहिक बीमा योजना की धनराशि का भुगतान उसके परिवार के सदस्यों को स्पष्टीकरण संख्या 1 से 5 के अधीन निम्नलिखित क्रम में होना चाहिए :-

1- अधिकारी की पत्नी/पति, जैसी स्थिति हो

2- अवयस्क पुत्र तथा अविवाहित पुत्रियाँ

3- वयस्क पुत्र

4- माता व पिता

5- अवयस्क भाई तथा अविवाहित बहनें

6- विवाहित पुत्रियाँ तथा

7- पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व अविवाहित पुत्रियाँ।

29-71

4- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी के दावे का प्रेषण प्रथम बार किया जा रहा है और दिनांक 1.3.1994 से पूर्व तथा वर्तमान व्यवस्था के अनुसार अधिकारी/उसके लाभार्थी को देय सामूहिक बीमा धनराशि का भुगतान नहीं किया गया है।

5- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी की जन्मतिथि का सत्यापन संबंधित अभिलेखों से कर लिया गया है।

6- मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ कि ऊपर अंकित विवरण सही है और उक्त विवरणों के आधार पर दावे के भुगतान का आग्रह करता हूँ।

दिनांक : 23-01-2017
स्थान : दिल्ली

बीमा निदेशालय के प्रयोगार्थ
चेक सं. दिनांक.....
धनराशि..... द्वारा
भुगतान स्वीकृत
कृते निदेशक
उपरो. राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय,
लखनऊ।

1. आहरण एवं वितरण अधिकारी
के हस्ताक्षर
हस्ताक्षरकर्ता का नाम
हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम
कार्यालय की मोहर
डी.डी.ओ. कोड संख्या
ट्रेजरी कोड संख्या

*2. प्रतिहस्ताक्षर:-
कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष/शासन के संबंधित विभाग
के हस्ताक्षर
हस्ताक्षरकर्ता का नाम
हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम
कार्यालय की मोहर

(* रु 5400 से अधिक ग्रेड पे पाने वाले अधिकारियों हेतु लागू)

नोट :- ग्रेड पे रु0 5400 से अधिक प्राप्त करने वाले अधिकारियों के दावा प्रपत्रों में निर्धारित स्थान पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा नाम सहित समुह हस्ताक्षर किये जायेंगे। कार्यालयाध्यक्ष स्तर के नीचे के अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावे कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर, कार्यालयाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के दावे विभागाध्यक्ष द्वारा प्रति हस्ताक्षरित कराकर तथा विभागाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के सामूहिक बीमा संबंधी दावे शासन के संबंधित विभाग द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ को प्रेषित किया जाना होगा। रु0 5400 एवं उस उससे कम ग्रेड पे के कर्मचारियों पर यह व्यवस्था पर लागू नहीं होगी।

(दावेदार से धनराशि प्राप्त करने से संबंधित रसीद)

सेवा में,
.....

(कार्यालयाध्यक्ष का नाम व पता)

महोदय,
मैंने शासन की सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत प्रस्तुत किये गये दावे के सन्ध में रु0.....
(शब्दों में)..... की धनराशि का भुगतान चेक संख्या..... दिनांक.....
द्वारा सन्धवाद पाया।

दिनांक:

भवदीय,
.....
(कर्मचारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर) 23-01-2017

नाम.....
पूर्ण पता.....