

प्रेषक,

डा० अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ
जिला न्यायाधीश
अमरोहा।

सेवा में,

श्री अजय कुमार,
महानिबंधक
माननीय उच्च न्यायालय
इलाहाबाद।

पत्रांक 580/20 प्रशा० न्याय विभाग, अमरोहा दिनांक 22.5.20

विषय:- स्वयं की अधिवर्षिता पर सेवानिवृत्त होने पर सामूहिक बीमा निधि का प्रकरण प्रतिहस्ताक्षरित किये जाने के सम्बन्ध में:-

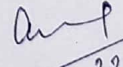
महोदय,

सम्मान सहित अनुरोध है कि मैं दिनांक 31.05.2020 को अधिवर्षिता प्राप्त करने पर न्यायिक सेवा सेवानिवृत्त होने वाला हूँ। मैं इस पत्र के साथ सामूहिक बीमा निधि का प्रकरण तीन प्रतियों में संलग्न कर प्रेषित कर रहा हूँ। कार्यालय अभिलेखानुसार दिनांक 01.01.1995 से दिनांक 30.09.1996 तक से सामूहिक बीमा निधि का अंशदान की कटौती 120/- प्रतिमाह के स्थान पर 60/- प्रतिमाह की दर से की गई है। दिनांक 01.10.95 से दिनांक 30.09.1996 तक 60/- प्रतिमाह की दर से बचत निधि का 504/- एवं बीमा राशि का 216-00 का कुल राशि 720/- का बैंक चालान की छाया प्रति दावे के साथ संलग्न की जा रही है। सामूहिक बीमा निधि का प्रकरण माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद से प्रतिहस्ताक्षरित करने एवं अग्रेत्तर कार्यवाही हेतु प्रेषित किया जा रहा है।

अतः आपसे अनुरोध है कि इस पत्र के साथ संलग्न किये जा रहे सामूहिक बीमा निधि फार्म प्रतिहस्ताक्षरित किये जाने हेतु प्रकरण माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के समक्ष रखने की कृपा करें।

सादर।

भवदीय


22/5/20

(अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ)

जिला न्यायाधीश

अमरोहा

DISTRICT JUDGE
AMROHA

- संलग्नक:- 1-सामूहिक बीमा निधि का फार्म संख्या -31 तीन प्रतियों में
2- दिनांक 01.10.1995 से दिनांक 30.09.1996 तक 504+216 कुल राशि 720/- के चालान की छाया प्रति।
3- बैंक पास बुक खाते की पास बुक की छाया प्रति।

(प) रू० 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि01 अक्टूबर 1995.....से31 मई 2011..... तक



सेवा में

उपनिदेशक

उ०प्र० राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय
विकास दीप चतुर्थ तल (छठा तल)
22- स्टेशन रोड
लखनऊ।

बीमा निदेशालय/कोषागार के प्रयोगार्थ
दावा संख्या-.....


द्वारा,

अपर निदेशक
कोषागार शिविर कार्यालय
कचेहरी रोड इलाहाबाद।

महोदय,

मैं उत्तर प्रदेश राज्य सरकार द्वारा लागू सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत सेवा निवृत्त / सेवा से अन्यथा पृथक / मृत अधिकारी / कर्मचारी का दावा निम्न प्रकार से प्रस्तुत करता हूँ

1. (अ) अधिकारी/कर्मचारी का नाम:- 1-(हिन्दी में).....डा० अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ
2-(अंग्रेजी में)-- Dr. ASHOK KUMAR SINGH-IV
(कैपिटल लेटर में)
(ब) मोबाईल सं० या दुरभाष सं० एस०टी०डी० कोड सहित ...9415111999
(स) पिता/पति का नाम:-श्री सीता राम सिंह
2. (अ) पद नाम:- जिला न्यायाधीश अमरोहा।
(ब) राजपत्रित/अराजपत्रित:-राजपत्रित.....
(स) राजपत्रित की स्थिति में:-
(क) समूह 'ख' के पद पर नियुक्ति/पदोन्नति का दिनांक06 अक्टूबर 1990.....
(ख) समूह 'क' के पद पर नियुक्ति/पदोन्नति का दिनांक.....06 अक्टूबर 1995.....
3. (क) जी० पी० एफ० खाता सं० (यदि हो).....एल०जे०यू०-18541.....
(ख) एन०पी०एस० खाता सं० (यदि हो)X.....
(ग) जी०पी०एफ०/एन०पी०एस० के आभाव में (NEW) अंकित किया जाये-.....X.....
4. (अ) योजना से पृथक होने के समय का वेतन बैंड-.....70290-1540-76450.....
(ब) योजना से पृथक होने के समय का ग्रेड पे०निल.....
(स) यदि ग्रेड पे रू० 6600 प्राप्त हुआ हो तो उसका दिनांक:-.....जी नहीं.....
(द) समूह 'ख' के वेतनमान में आने का दिनांक06 अक्टूबर 1990.....
(थ) समूह 'क' के वेतनमान में आने का दिनांक समयमान वेतनमान से06 अक्टूबर 1995.....
5. (क) विभाग :- :- न्याय विभाग, अमरोहा।
(ख) विभागाध्यक्ष:- :- माननीय उच्च न्यायालय, इलाहाबाद।
6. जन्मतिथि :-
(अ) अंको में - :- 31 मई-1960.....
(ब) शब्दों में - :- इक्कीस अक्टूबर उन्नीस सौ साठ
7. (अ) सेवा में नियुक्ति का दिनांक:-.....06 अक्टूबर 1990.....
(ब) योजना में प्रवेश का दिनांक :-.....06 अक्टूबर 1990.....
8. (अ) रू० 05 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
(ब) रू० 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
(स) रू० 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
(त) रू० 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
(थ) रू० 30 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
(द) रू० 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
(ध) रू० 60 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि06 अक्टूबर 1990.....से30 सितम्बर 1996.....तक
(न) रू० 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
(प) रू० 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि01 अक्टूबर 1995.....से31 मई 2011.....तक



9. 01 दिसम्बर 2008 की स्थिति के अनुसार:-
 (अ) ग्रेड पे 2800 तक रू० 100 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिX.....सेX.....तक
 (ब) ग्रेड पे 2801 से 5400 तक रू० 200 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधिसे.....तक
 (स) ग्रेड पे 5400 से अधिक रू० 400 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि 01 जून 2011.....से.....31 मई 2020 तक

10. सेवानिवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक होने की तिथि31.मई .2020.....
 (यदि लागू न हो तो (X) करें)

11. सेवारत अवस्था में मृत्यु की तिथिX.....
 (यदि लागू न हो तो (X) करें)

12. सेवारत/सेवा से अन्यथा पृथक होने का कारणअधिवर्षिता.....

13. अधिकारी/कर्मचारी विवाहित या अथवा अविवाहितविवाहित.....

14. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा एक से अधिक विवाह किया गया हो तो निम्न विवरण दिया जाये एवं यदि दूसरा विवाह अनुमति से किया गया है। तब अनुमति सम्बन्धी आदेश की प्रमाणित प्रति संलग्न की जाये। (यदि लागू न हो तो (X) करें)

क्र०सं०	नाम	विवाह की तिथि	उनसे उत्पन्न संतानों के नाम	अन्य विवरण
पहली पत्नी	X	X	X	X
दूसरी पत्नी	X	X	X	X

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 सम्बन्ध में निम्न सूचनायें भी उपलब्ध करायें।

क्र० सं०	नामित व्यक्ति/व्यक्तियों के नाम	मृतक से संबंध	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	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 करायें।

Handwritten signature

16. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा सामूहिक बीमा योजना संबंधी नामांकन पत्र ना भरा गया हो तो अधिकारी की मृत्यु के दिनांक को शासनादेश सं०-बीमा-56/दस -86-36/1981 दिनांक 10 जनवरी 1986 के प्रस्तर 3 (ग) में दिये गये कमानुसार परिवार के सदस्यों की स्थिति स्पष्ट करें।

क० सं०	परिवार के सदस्यों का नाम	मृतक से संबंध	आयु/जन्म तिथि	विवाहित अथवा अविवाहित /विवाह की तिथि	यदि अधिकारी की मृत्यु के उपरान्त 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	X	X

नोट:-

संख्या (1) शासनादेश सं०-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 दर्शाये।

- 1- पत्नी/पति (जैसी स्थिति हो)
- 2- पुत्रगण
- 3- अविवाहित तथा विधवा पुत्रियाँ (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 पुत्रियों 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 चाहिये :-

- 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 ।

Am

17. यदि अधिकारी/कर्मचारी के परिवार में स्तम्भ-16 में दर्शाया गया कोई सदस्य न हो और उसके द्वारा नामांकन भी न भरा गया हो तो सक्षम न्यायालय द्वारा घोषित उत्तराधिकारी /उत्तराधिकारियों का विवरण देते हुए उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र की प्रमाणित प्रति संलग्न करें जिसमें सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत देय धनराशि वसूलने का उल्लेख किया गया हो:-

क्रम सं०	घोषित उत्तराधिकारी /उत्तराधिकारियों का नाम	आयु/जन्म तिथि	देय अंश
1	2	3	4
X	X	X	X

18. लाभार्थी का निर्धारण :-

(कृपया जैसी स्थिति हो उसके सम्मुख (√) अंकित करें और लागू न हो उसे (X) कर दें)

(अ) सामूहिक बीमा योजना संबंधी भरे गये नामांकन प्रपत्र के अनुसार किया गया (स्तम्भ-15 के अनुसार).....

(ब) शासनादेश सं०-बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी 1986 के प्रस्तर-3 (ग) में दिये गये व्यवस्थानुसार किया गया है (स्तम्भ-16 के अनुसार)X.....

(स) सक्षम न्यायालय के द्वारा निर्गत उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र के अनुसार किया गया है (स्तम्भ-17 के अनुसार)X.....

19. लाभार्थी / लाभार्थियों का नाम:-स्वयं.....

20. मृतक से सम्बन्ध:-X.....

21. अवयस्क की स्थिति में उसके नियुक्त संरक्षक का नाम -X.....

22. राष्ट्रीयकृत बैंक खाते का विवरण:-

(यदि एक से अधिक लाभार्थी हो तो सभी के बैंक खाते के विवरण अलग-अलग दिये जाये)

(क) बैंक खाता सं०- 38906905035

(ख) माइक्रो कोड सं०- 110002629

ब्रान्च आई० एफ०एस०सी० कोड- SBIN0031811 ब्रान्च कोड ~~31811~~ 31811

(ग) बैंक का नाम- भारतीय स्टेट बैंक

(घ) शाखा- सेक्टर-18 गौतमबुद्धनगर ।

(ङ) जिला- गौतमबुद्धनगर, उत्तर प्रदेश

23. अधिकारी/कर्मचारी/लाभगृही के पत्र व्यवहार का पूर्ण पता (पिन कोड सहित)- बी-42- सेक्टर-20,
नोएडा, गौतमबुद्धनगर (उ० प्र०).
पिन कोड-201301

1- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी अपातकालीन रिक्तियों अथवा सीजनल कार्य के लिए नियुक्त नहीं था।

2- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी से सामूहिक बीमा योजना संबंधी कटौती योजना में प्रवेश की तिथि से निकलने की तिथि तक नियमित रूप से एवं निर्धारित दरों के अनुसार की गयी है।

3- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी का मृत्यु प्रमाण-पत्र प्राप्त कर लिया गया है। तथा मृत्यु की तिथि का मिलान मृत्यु प्रमाण-पत्र से कर लिया गया है। मृत्यु प्रमाण-पत्र /नामांकन/उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र (जैसी स्थिति हो) की प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न है। (यह प्रमाण-पत्र मृत्यु के मामलों में ही लागू होगा)

- 4- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी के दावे का प्रेषण प्रथम बार किया जा रहा है। और दिनांक 01.03.1994 से पूर्व तथा वर्तमान व्यवस्था के अनुसार अधिकारी/उसके लाभार्थी को देय सामूहिक बीमा धनराशि का भुगतान नहीं किया है।
- 5- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी की जन्मतिथि का सत्यापन संबंधित अभिलेखों से कर लिया गया है।
- 6- प्रमाणित किया जाता है कि डा० अशोक कुमार सिंह -चतुर्थ सेवानिवृत्त जिला न्यायाधीश अमरोहा का प्रकरण समूह 'क' के अधिकारी होने के फलस्वरूप प्रकरण पूर्व में कोषागार स्तर पर भुगतान हेतु नहीं प्रस्तुत किया गया है और न ही भविष्य में कोषागार को प्रस्तुत किया जायेगा। (यह प्रमाण-पत्र 01 मार्च 2011 के उपरान्त उत्पन्न समूह 'क' श्रेणी के दावे बीमा निदेशालय को भुगतान हेतु अग्रसारित किये जाने पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा दिया जाना आवश्यक है।)
- 7- 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- 22-5-2020

स्थान- 3 मई 2020

बीमा निदेशालय/कोषागारों के प्रयोगार्थ-
चेक सं०..... दिनांक.....
धनराशि द्वारा
भुगतान स्वीकृत

कृते निदेशक

उ०प्र० राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय,
लखनऊ

1.- आहरण एवं वितरण अधिकारी
के हस्ताक्षर
हस्ताक्षरकर्ता का नाम- श्री शैलेश कुमार तिवारी
हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम- प्रधान न्यायाधीश परिवार न्यायालय
/आहरण एवं वितरण अधिकारी जिला न्यायालय अमरोहा
कार्यालय की मोहर- आहरण एवं वितरण अधिकारी
डी.डी.ओ. कोड सं० 4031 न्यायालय अमरोहा
ट्रेजरी कोड सं०- 8600 22-5-2020

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

(रु०- 5400 से अधिक ग्रेड पे पाने वाले अधिकारियों हेतु लागू)

नेट:- रु० 5400 से अधिक ग्रेड पे प्राप्त करने वाले समूह 'क' श्रेणी के अधिकारियों के दावा प्रपत्रों में निर्धारित स्थान पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा नाम सहित समूह 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। समूह क श्रेणी से इतर अन्य अधिकारियों/कर्मचारियों पर यह व्यवस्था पर लागू नहीं होगी।

(दावेदार से धनराशि प्राप्त करने से संबंधित रिसीट)

सेवा में,

.....

.....

(कार्यालयाध्यक्ष का नाम व पता)

महोदय,

मैंने शासन की सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अर्न्तगत प्रस्तुत किये गये दावे के सम्बन्ध में रु०

(अंको में)-.....

(शब्दों में)-.....

की धनराशि का भुगतान चेक सं०-..... दिनांक-.....

द्वारा सधन्यवाद पाया।

दिनांक- 22-5-20.

भवदीय,

.....

(अधिकारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर)
नाम:-डा० अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ
सेवानिवृत्त जिला न्यायाधीश
पूर्ण पता:-बी-42 सेक्टर-20, अमरोहा
नोएडा गौतमबुद्धनगर (उ० प्र०) 22-5-20
पिन कोड-201301

कोषागार प्रपत्र—209 (1)
द्वितीय नियम संग्रह खण्ड 5 भाग 3
प्रपत्र संख्या 43 ए (1)
(प्रस्तर 417 एवं 478 देखिये)
धनराशि जमा करने का चालान फार्म

01- उपकोषागार बैंक का नाम व शाखा जिस व्यक्ति पदनाम यदि आवश्यक हो या संस्था के नाम से धनराशि जमा की जा रही है उसका नाम ।

..... भारतीय स्टेट बैंक मुख्य शाखा अमरोहा,
..... डर0 अशोक कुमार सिंह- चतुर्थ
..... जिला न्यायाधीश
..... अमरोहा

02- पता

..... डा0 अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ
..... जिला न्यायाधीश
..... अमरोहा

03- पंजीकरण संख्या / पक्ष का नाम व वाद संख्या (यदि आवश्यक हो)

दिनांक 01.10.95 से दिनांक 30.09.96 तक 12 माह सामूहिक बीमा निधि में बचत निधि की 42/- प्रतिमाह की दर से अंकन 504-00

04- जमा की गई धनराशि का पूर्ण विवरण धनराशि किस हेतु जमा की जा रही है तथा किसी विभाग के पक्ष में जमा की जा रही है।

..... दिनांक 01.10.1995 से 30.09.1995 तक 12 माह की सामूहिक बीमा निधि में
..... बचत निधि 42/- प्रतिमाह की दर से 504-00 जमा की जाने वाली धनराशि
..... राज्य सरकार के पक्ष में

05- चालान की सकल राशि

..... 504.00 रूपए (पाँच सौ चार) मात्र.

06- चालान की निवल राशि

.....

07- लेखाशीषक का पूर्ण विवरण / लेखाशीषक की मोहर .8011-107-02-0201

08- लेखाशीषक का 13 डिजिट कोड

मुख्य लेखाशीषक उप मुख शीषक लघु शीषक उप शीषक ब्यौरेवार शीषक धनराशि (अंको में) 504.00

8	0	1	1	1	0	7	0	2	0	2	0	1							रु0- 504.00
																			रु0-
																			रु0-504.00

धनराशि शब्दों मेंरुपए पाँच सौ चार मात्र

चालान में सघर्शीषक की पुष्टि करने वाले विभागीय

.....

डा0 अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ

जिला न्यायाधीश
अमरोहा

जनपद न्यायाधीश

जमाकर्ताधिकारी के हस्ताक्षर सहित

केवल उपकोषागार बैंक के प्रयोगार्थ

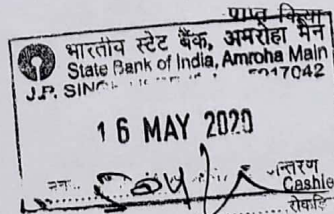
चालान संख्या

अंको में रूपये

दिनांक

शब्दों में रूपये

E4000004



प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर उपकोषागार बैंक की मुहर सहित

कोषागार प्रपत्र--209 (1)
द्वितीय नियम संग्रह खण्ड 5 भाग 3
प्रपत्र संख्या 43 ए (1)
(प्रस्तर 417 एवं 478 देखिये)
धनराशि जमा करने का चालान फार्म

- 01- उपकोषागार बैंक का नाम व शाखा भारतीय स्टेट बैंक मुख्य शाखा अमरोहा,
जिस व्यक्ति पदनाम यदि आवश्यक हो डर0 अशोक कुमार सिंह- चतुर्थ
य: संस्था के नाम से धनराशि जमा की जिला न्यायाधीश
जा रही है उसका नाम । अमरोहा
- 02- पता डा0 अशोक कुमार सिंह-चतुर्थ
..... जिला न्यायाधीश
..... अमरोहा
- 03- पंजीकरण संख्या / पक्ष का नाम व वाद दिनांक 01.10.95 से दिनांक 30.09.96 तक 12 माह सामूहिक बीमा निधि में
संख्या (यदि आवश्यक हो) बीमा निधि की 18/- प्रतिमाह की दर से अंकन 216-00
- 04- जमा की गई धनराशि का पूर्ण विवरण दिनांक 01.10.1995 से 30.09.1995 तक 12 माह की सामूहिक बीमा निधि में
धनराशि किस हेतु जमा की जा रही है तथा बीमा निधि 18/- प्रतिमाह की दर से 216-00 जमा की जाने वाली धनराशि
किसी विभाग के पक्ष में जमा की जा रही है । राज्य सरकार के पक्ष में
- 05- चालान की सकल राशि 216.00 रूपए (दो सौ सोलह) मात्र.
- 06- चालान की निवल राशि
- 07- लेखाशीषक का पूर्ण विवरण / लेखाशीषक की मोहर .8011-107-01-0101
- 08- लेखाशीषक का 13 डिजिट कोड
मुद्रा लेखाशीषक उप मुश्र शीषक लघु शीषक उप शीषक ब्योरेवार शीषक धनराशि (अंको में) 504.00

8	0	1	1	1	0	7	0	1	0	1	0	1							रु0-- 216.00
																			रु0--
																			रु0-216.00

धनराशि शब्दों मेंरुपए दो सौ सोलह मात्र

चालान में सघशीषक की पुष्टि करने वाले विभागीय

अशोक कुमार सिंह
डा0 अशोक कुमार सिंह
जिला न्यायाधीश
अमरोहा

जमाकर्ताधिकारी के हस्ताक्षर/मुहर सहित

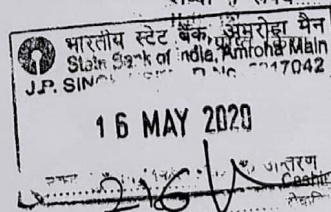
चालान संख्या
दिनांक

EC 000007

केवल उपकोषागार बैंक के प्रयोगार्थ

अंको में रूपये.....

शब्दों में रूपये.....



प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर उपकोषागार
बैंक की मुहर सहित

सामान्यतः प्रयोग किए जाने वाले संक्षेपाक्षर / GENERALLY USED ABBREVIATIONS

a/c = Account/खाता	Csh = Cash/नकदी	Pos = Point of Sale/पॉइंट ऑफ सेल
adj = Adjusmen/समायोजन	dep = Deposit/समायोजन	Pr = Principal/मूलधन
Amt = Amount/राशि	Dft = Draft/ड्राफ्ट	proc = Processing Charges/प्रक्रिया प्रभार
Ar = Arrear/बकाया	dish/dsh = Dishonor/अस्वीकृत	rd = Recurring Deposit/आवृत्ति जमा
bal = Balance/शेष	DR = Debit/नामे	re/rtn = Return/वापसी
Capn = Capitalisation/निवेश/समायोजन	DOB = Date of Birth/जन्म तारीख	Rnd = Round off/गुणांकित
Chg/ch = Charge/प्रभार	eft = Electronic Fund Transfer/इलेक्ट्रॉनिक फंड ट्रांसफर	sb = Saving Bank/बचत बैंक
Chq = Cheque/चेक	inop = Inoperative/निष्क्रिय	SC = Short Credit/शॉर्ट क्रेडिट
CIF = Customer Information File/ग्राहक सूचना फाइल	Ins = Insurance/बीमा	SI/So/SORD = Standing Instruction/स्थायी अनुदेश
Clos = Closure/समाप्ति	Int/In = Interest/स्वाज	S/D/W/H/o = Son/Daughter/Wife/Husband of/सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी/पति
Coll = Cllection/समाहरण	lon/loan/ऋण	tr/trf/xfer = Transfer/अंतरण
Comm = Comission/कमीशन	min = Minimum/न्यूनतम	txn = Transaction = /लेनदेन
COR/CORR = Correction/संशोधन	os = Outstanding/बकाया राशि	Wdl = Withdrawal/आहरण
CR = Credit/जमा	P&T = Postal Charges/अक प्रभार	+MOD bal = Total balance (SB+linked MOD a/c)/कुल जमा शेष (बचत बैंक + सहवर्ती खाता)

भारतीय स्टेट बैंक State Bank of India

Branch SECTOR-18 NOIDA

Code: 31811

Email: sbi.31811@sbi.co.in
Phone No.: 2512896
IFSC: SBIN0031811

Buss. Hrs: 10:00:00-16;
MICR: 110002629

Name: ASHOK KUMAR SINGH & ANJALI SINGH
S/D/H/o : SITA RAM SINGH SINGH
CIF Number : 90146945015
Account No. : 38906905035
A/c Type : REGULAR SAVINGS BANK ACCOUNT
Address : S/O SITARAM SINGH
B-42 SECTOR 20, NOIDA
DISTT-GAUTAM BUDDH NAGAR UP

MOP: EITHER OR SURVIVOR
A/c Opening Dt: 07/11/
Nom Reg No: 000000027
Customer's PAN:
Date of Issue: 21/05/2015
CONTINUATION

Phone No. :
Email :
D.O.B. (If Minor):
PPO Number :

शाखा प्रबन्धक

