



भा.कृ.अनु.प.-केन्द्रीय कपास अनुसंधान संस्थान

पोस्ट बैग नं 02, शंकर नगर, पो.ऑ., नागपुर-440010 (महाराष्ट्र), भारत

ICAR-CENTRAL INSTITUTE FOR COTTON RESEARCH

POST BAG NO 2, SHANKAR NAGAR POST OFFICE, NAGPUR - 440 010(M.S) INDIA



परिवार नियोजन मानकों को बढ़ावा देने के लिए व्यक्तिगत वेतन के रूप में प्रोत्साहन स्वरूप

विशेष वेतनवृद्धि की स्वीकृति हेतु दावा

**CLAIM FOR THE GRANT OF SPECIAL INCREMENT IN THE FORM OF PERSONAL PAY AS INCENTIVE
FOR PROMOTION OF SMALL FAMILY NORMS**

1. पूरा नाम :
Name in Full
2. पदनाम :
Designation
3. विभाग / अनुभाग :
Division/Section
4. आयु एवं जन्मतिथि :
Age & Date of Birth
5. जिवित बच्चों की संख्या :
No. of living Children
6. 18.1.82 से पूर्व क्या आप या आपके पति/आपकी पत्नी :
का नसबंदी ऑपरेशन हुआ है
Whether self or spouse has undergone sterilization operation
prior to 18.01.8
7. ऑपरेशन की तिथि :
Date of operation
8. अस्पताल का नाम तथा क्या अस्पताल मान्यता प्राप्त है :
Name of the hospital & whether the hospital is recognised
9. क्या पति/पत्नी रोजगार प्राप्त हैं एवं यदि हैं तो इस आधार :
पर क्या वे विशेष वेतनवृद्धि प्राप्त कर रहे हैं
Whether husband/wife is employed & if so whether in
receipt of Special Increment on this account
10. क्या स्वयं का अथवा पति/पत्नी का ऑपरेशन किया गया है :
Whether the operation has been performed on self or spouse
11. दावा किए गए विशेष वेतनवृद्धि की राशि एवं किस तिथि से :
देय है
Amount of Special Increment claimed and date from which due

घोषणा

Declaration

मेरे द्वारा दी गई सूचना मेरी जानकारी और विश्वास में सत्य है। यदि उपर्युक्त सूचना झूठी या गलत पायी जाती है तो मैं ये घोषणा करता हूँ कि मैं उक्त राशि लौटा दूंगा। मैं यह पूरी तरह से समझता हूँ कि झूठे या गलत तथ्यों के आधार पर विशेष वेतनवृद्धि प्राप्त करने के प्रयास में मेरे खिलाफ विभागीय कार्रवाई भी की जा सकती है।

The particulars given by me are true to the best of my knowledge and belief. I undertake to refund the same in case any the above information is found to be false or inaccurate I fully understand that disciplinary action may be taken against me for attempting to receive Special increment by making false or inaccurate statement of facts.

(हस्ताक्षर)

(Signature)

दिनांक :

Date: