

## कर्मचारी सञ्चय कोष

(सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च माग दाबी निवेदन)

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष

.....

**विषय : सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च पाउँ**

म/मेरी पत्नी ..... मिति ..... मा सुत्केरी भएकोले कोषको नियमानुसार सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च पाउनको लागि देहाय बमोजिमका प्रमाणहरू संलग्न राखी यो दाबी फारम पेश गरेको छु । यसमा संलग्न गरिएका सम्पूर्ण कागजात र विवरण ठिक छन्, पछि कुनै कुरा भुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहैला बुझाउँला ।

**निवेदक**

**रेखात्मक सहि छाप**

सञ्चयकर्ताको दस्तखत : .....

सञ्चयकर्ताको नाम थर : .....

सञ्चयकोष परिचय पत्र नं. ....

सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको नाम थर : .....

सञ्चयकर्ताको बुबाको नाम थर : .....

सञ्चयकर्ताको आमाको नाम थर : .....

स्थायी ठेगाना : .....

कार्यालयको नाम, ठेगाना : .....

मोबाईल नम्बर : .....

यस अघि यो सुविधा उपभोग गरेको छ/छैन : .....

नियुक्ति मिति : .....

पति/पत्नी दुवै सञ्चयकर्ता भए : निवेदक बाहेकको सञ्चयकोष परिचय पत्र नं. : .....

कार्यालय .....

नोट : (क) पति/पत्नी दुवै सञ्चयकर्ता भएमा दुईमध्ये एक जनाले मात्र यो सुविधा प्राप्त गर्न सक्ने साथै नोकरी अवधिभर जम्मा २ (दुई) पटक मात्र पाउने ।

(ख) निवेदक सञ्चयकर्ताले अनिवार्य रूपमा KYC गरेको हुनुपर्नेछ ।

(ग) अनिवार्य रूपमा संलग्न गर्नुपर्ने आवश्यक कागजातहरू :

१	शिशुको जन्मदर्ता वा जन्म मिति खुल्ने अस्पतालको प्रमाणित पत्र	४	कर्मचारी सञ्चय कोष परिचय पत्रको प्रतिलिपि
२	सुत्केरी/सुत्केरी स्याहार विदा बसेको सम्बन्धित कार्यालयले कोषलाई लेखेको पत्र	५	पति/पत्नी दुवैको नागरिकताको प्रतिलिपि
३	विवाह दर्ता वा पति/पत्नीको नाता खुल्ने प्रमाणित पत्र	६	अन्य आवश्यक कागजात

### सञ्चयकर्ताको कार्यालयबाट प्रमाणित गर्ने

यस कार्यालयका ..... दर्जाका कोष परिचय पत्र नं. .... का कर्मचारी श्री ..... ले मिति ..... देखि ..... गतेसम्म सुत्केरी/सुत्केरी स्याहार विदा लिएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च भुक्तानीको लागि सिफारिश गर्दछौं । निज कर्मचारीको मिति ..... देखि हालसम्म नियमित रूपले कोषकट्टी भएको छ । निजले यस निवेदन फारममा हाम्रो रोहवरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप गर्नुभएको ठिक साँचो हो । निजलाई सो खर्च उपलब्ध गराईदिनु हुन अनुरोध छ ।

लेखा सम्बन्धी काम गर्ने कर्मचारीको	कार्यालय प्रमुखको
दस्तखत :	दस्तखत :
नाम थर :	नाम थर :
दर्जा :	दर्जा :
सञ्चयकोष प.प.नं. :	सञ्चयकोष प.प.नं. :
मिति :	मिति :

कार्यालयको छाप :

**द्रष्टव्य :** सुत्केरी भएको मितिले ६ महिना भित्र भुक्तानी दाबी गरिसक्नुपर्नेछ ।