

नियोक्ता से अनापत्ति प्रमाण पत्र (एनओसी)

NO OBJECTION CERTIFICATE (NOC) FROM THE EMPLOYER

आवेदक के वर्तमान नियोक्ता से अनापत्ति प्रमाण पत्र (जो लागू न हो उसे काट दें):

NO Objection Certificate from the present employer of the applicant (strike out whichever is not applicable):

श्री/सुश्री/श्रीमती/डॉ. _____ के संबंध में एक आवेदन इस टिप्पणी के साथ भेजा जा रहा है कि श्री/सुश्री/डॉ. _____ इस संगठन में _____ से _____ तक _____ के पद पर काम कर रहे/रही हैं और इस संस्थान/संगठन को उपर्युक्त पद के लिए आवेदक की उम्मीदवारी पर विचार करने पर कोई आपत्ति नहीं है।

An application in respect of Shri/Ms/Smt/Dr. _____ is being sent with the remarks that Shri/Ms/Dr. _____ is working in this organization in the post of _____ from _____ to _____ and the Institute/Organization has no objection to considering the candidature of the applicant for the above post

और/ AND

श्री/सुश्री/डॉ. _____ को 2 महीने की अवधि के भीतर प्रतिनियुक्ति/पुनर्ग्रहण के अधिकार के आधार पर कार्यमुक्त कर दिया जाएगा।

Shri/Ms/Dr. _____ will be relieved on deputation/lien basis within a period of 2 months.

या/ OR

यह संगठन 2 वर्ष की अवधि के लिए _____ की सेवाएं प्रदान करने के लिए तैयार है, जिसमें उनके वेतन का ध्यान रखा जाएगा और 2 महीने की अवधि के भीतर उन्हें कार्यमुक्त कर दिया जाएगा।

The organization is willing to provide the services of _____ for a period of 2 years taking care of his/her salary and relieve him/her within a period of 2 months.

स्थान/ Place: _____

दिनांक/Date: _____

फैक्स/ Fax: _____

ई-मेल:E-mail: _____

संगठन नियोक्ता के प्रमुख के हस्ताक्षर/

Signature of Head of Organization/Employer

नाम/ Name: _____

पदनाम/Designation: _____

पता:Address: _____

(रबड़ की मोहर/Rubber Stamp)

कर्मचारी का प्रोफाइल
Employee's Profile

मूल जानकारी / Basic Information

कर्मचारी का नाम / Employee Name :

पुरुष/महिला/Male/Female : पिता का नाम / Father Name :
जन्म तिथि/ Date of Birth : माता का नाम /Mother Name :
ब्लड ग्रुप / Blood Group : वैवाहिक स्थिति /Marital Status :
स्थान / Location : पति/पत्नी का नाम /Spouse Name :
धर्म / Religion :

शैक्षणिक योग्यता / Educational Qualification

(जैसे बी.ए., एम.ए., बी.कॉम., बी.टेक., एम.टेक.)
/(Like B.A., M.A., B.Com., B.Tech., M.Tech.) /

शैक्षणिक उपाधि / Educational Degree : (i) अशिक्षित / (iii) मैट्रिक / (v) स्नातक / (vii) पीएचडी /
Illiterate Matric Graduate Doctorate
(कृपया सही का निशान लगाएं) / (ii) गैर मैट्रिक / (iv) उच्च माध्यमिक / (vi) स्नातकोत्तर (viii) तकनीकी / व्यावसायिक
(Please Tick) Non Matric Senior Secondary / Post Graduate Technical / Professional

संपर्क जानकारी / Contact Information

मोबाइल नम्बर / Mobile No. : (i) _____ (ii) _____
लैंडलाइन नंबर (कार्यालय) / फैक्स नंबर / Fax No. : _____
Landline No. (O) : _____
ईमेल आईडी / E-Mail ID : (i) _____ (ii) _____
स्थायी पता / Permanent Address : _____
अस्थायी पता / Temporary Address : _____

बैंक संबंधी जानकारी / Bank Information

बैंक का नाम / Bank Name : _____ आईएफएससी कोड : _____
/ IFSC Code
बैंक खाता संख्या / Bank A/c No. : _____ एमआईआरसी कोड : _____
संख्या/ MIRC Code
No.
शाखा का पता / Branch Address : _____

वैधानिक जानकारी / Statutory Information

पैन संख्या / PAN No. : _____ आधार नं. /Aadhaar No. : _____
पीएफ खाता संख्या / यूएन नं. / UAN No. : _____
PF Account No. : _____
पीआरएन संख्या / ईएसआई नं. / ESI No. : _____
PRAN No. : _____

पता संबंधी जानकारी / Address Proof Information

पासपोर्ट नं. / Passport No. : _____ मतदाता कार्ड नं. / Voter Card No. : _____
राशन कार्ड नं. / Ration Card No. : _____ ड्राइविंग लाइसेंस नं. / Driving Lic. No. : _____

मैं _____ प्रमाणित करता हूं / करती हूं कि ऊपर दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है।

I _____ Certify that all the information given above is true to the best of my knowledge.

तारीख / Date : _____

हस्ताक्षर / Signature : _____

स्थान / Place: _____

फार्म 'एफ' / FORM 'F'

संख्या / No.

भारत सरकार / Government of India

कार्यालय / Office:

प्राधिकार पर्ची / Authorisation Slip

नाम / Name _____ पदनाम / Designation _____ पास संख्या / Pass
No. _____

दिनांक / Date	लेकर बाहर जाने वाली वस्तुएं / Articles to be taken out	भवन का नाम / Name of building	अभ्युक्तियां / Remarks
---------------	---	----------------------------------	---------------------------

फार्म 'एफ' / FORM 'F'

संख्या / No.

भारत सरकार / Government of India

कार्यालय / Office:

प्राधिकार पर्ची / Authorisation Slip

नाम / Name _____ पदनाम / Designation _____ पास संख्या / Pass
No. _____

दिनांक / Date	लेकर बाहर जाने वाली वस्तुएं / Articles to be taken out	भवन का नाम / Name of building	अभ्युक्तियां / Remarks
---------------	---	----------------------------------	---------------------------

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

स्वास्थ्य और दुर्घटना बीमा के लिए प्रतिपूर्ति का दावा करने हेतु प्रोफार्मा
Proforma for claiming reimbursement towards Health and Accidental Insurance

मैं, _____ ने भविष्य की संभावित आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए _____ की _____ योजना के अंतर्गत चिकित्सा बीमा पॉलिसी ली है। अधोहस्ताक्षरी द्वारा ली गई पॉलिसी का विवरण निम्नलिखित है:

I, _____ have availed medical insurance policy under _____ scheme of _____ to meet the likely needs of future exigencies. The details of the policy taken by the undersigned are as under :

- i. पॉलिसी धारक का नाम/Name of Policy holder : _____
- ii. बीमा कंपनी का नाम/Name of Insurance Company : _____
- iii. बियरिंग नं. और दिनांक/Bearing no. and date : _____
- iv. खर्च की गई राशि/Amount Spent : _____

मुझे बीईई कार्यालय के दिनांक _____ के आदेश संख्या _____ के अनुसार स्वास्थ्य और दुर्घटना बीमा के लिए रुपए _____ की प्रतिपूर्ति की अनुमति दी जा सकती है।

I may be allowed the reimbursement of Rs. _____ towards Health and Accidental Insurance as per BEE office order no. _____ dated _____

मैं यह लाभ प्राप्त करने के छह महीने के भीतर ब्यूरो की सेवाएं छोड़ने की स्थिति में यह राशि वापस करने का वचन देता हूं/ I undertake to refund this amount in the eventuality of my leaving the services of Bureau within six months of availing this benefit.

(हस्ताक्षर/Signature)

नाम/Name _____

पदनाम/Designation _____

दिनांक/Date _____

संलग्नक/Encl:

- i. बीमा पॉलिसी की प्रति/Copy of insurance policy.
- ii. भुगतान रसीद की प्रति/Copy of payment receipt.

भारत से बाहर जाने की अनुमति के लिए प्रोफार्मा
PARFORMA FOR PERMISSION TO APPLY FOR EX-INDIA LEAVE

1. नाम, पदनाम और कार्यालय जिसमें कार्यरत हैं/
Name, Designation and office in which working
2. जन्म तिथि/Date of Birth
3. वर्तमान पद पर नियुक्ति की तिथि/
Date of appointment to the Present post
4. क्या पद तदर्थ आधार पर है या नियमित क्षमता में/
Whether post held on ad-hoc basis or in a regular capacity
5. यदि नियमित है, तो क्या अस्थायी, अर्ध-स्थायी या स्थायी है और
किस तारीख से/if regular, whether Temporary, Quasi-permanent
or permanent and from which date:
6. प्रस्तावित यात्रा वाले देशों के नाम/
Names of countries proposed to be visited :
7. जाने का उद्देश्य/Purpose of visit:
8. यात्रा की संभावित अवधि/Probable duration of the visit:
9. विदेश यात्रा पर होने वाले खर्च का विवरण/
How the expenditure on visit abroad is to be met :
10. पिछली विदेश यात्राओं का विवरण, यदि कोई हो/
Details of previous visits abroad, If any:
11. क्या इसका उद्देश्य छुट्टी या स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति या त्यागपत्र देने अथवा विदेश जाने के लिए आवेदन करना है/Whether it is
intended to apply for Leave or voluntary retirement or reassign for going abroad:

वचनबद्धता/UNDERTAKING

मैं वचन देता/देती हूँ कि मैं अपनी छुट्टी की समाप्ति पर भारत लौट आऊँगा/आऊँगी तथा विदेश में ठहरने की अवधि के दौरान कोई रोजगार स्वीकार नहीं करूँगा/करूँगी या किसी पाठ्यक्रम में शामिल नहीं होऊँगा/होऊँगी, अन्यथा मुझ पर केन्द्रीय सिविल सेवा (आचरण नियम), 1964 के अन्तर्गत अपेक्षित अनुशासनात्मक कार्रवाई की जा सकेगी।

I undertake that I will return to India on the expiry of my leave and will not accept any job or join any course during the period of my stay abroad, failing which I will be liable to disciplinary action as required under C.C.S. (Conduct Rules), 1964.

स्थान/Place:

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of applicant

तारीख/Date:

ट्यूशन शुल्क की प्रतिपूर्ति
REIMBURSEMENT OF TUITION FEE

बाल शिक्षण भत्ता योजना के अंतर्गत
UNDER CHILDREN EDUCATION ALLOWANCE SCHEME

1. प्रमाणित किया जाता है कि नीचे उल्लिखित बच्चा/बच्चे, जिनके संबंध में ट्यूशन फीस की प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है, मुझ पर पूर्णतः आश्रित हैं /Certified that the Child/Children mentioned below is respect of whom reimbursement of Tuition Fee is claimed is/are wholly dependent upon me.
2. भारत सरकार, कार्मिक, लोक शिकायत और पेंशन मंत्रालय (कार्मिक और प्रशिक्षण विभाग) के कार्यालय के दिनांक 16 अगस्त, 2017 के ज्ञापन संख्या ए 27012/02/2017-स्था. (भत्ते) के अनुसार इस योजना का लाभ 1 जनवरी 1939 से केवल दो बच्चों के लिए स्वीकार्य है, /The benefit of this scheme is admissible for two children only with effect from 1st Jan. 1939 vide Govt. of India, Ministry of Personnel, Public Grievances and Pensions (Dept. of Personnel & Training) O.M. NO. A-27012/02/2017-Estt. (Allowances) dated 16TH August, 2017

बच्चे का नाम/ Name of the Child	जन्म तिथि/ Date of Birth	स्कूल का नाम जिसमें पढ़ रहे हैं/ School in which studying	किस कक्षा में पढ़ रहे हैं / Class in which studying	देय मासिक वास्तविक ट्यूशन फीस/Monthly Tuition fee actually payable	तिमाही के दौरान भुगतान की गई वास्तविक ट्यूशन फीस /Tuition fee actually paid during the quarter	दावा की गई प्रतिपूर्ति राशि / Amount of reimbursement claimed
1.						
2.						
3.						

3. प्रमाणित किया जाता है कि बच्चे/प्रत्येक बच्चे के लिए दर्शाई गई ट्यूशन फीस वास्तव में मेरे द्वारा अदा की गई है, नकद रसीद/बैंक क्रेडिट वाउचर की रसीद प्रारंभिक दावे के साथ संलग्न की जाए/Certified that the tuition fees indicated against the child/each of the children had actually been paid by me, cash receipt/counterfoil of the Bank credit vouchers to be attached with the initially claim.
4. प्रमाणित किया जाता है कि /Certified that;
 - i) मेरी पत्नी/पति केन्द्र सरकार के कर्मचारी है/नहीं है / my wife/husband is/is not a Central Government servant.
 - ii) मेरी पत्नी/पति केन्द्र सरकार के कर्मचारी हैं और वह हमारे बच्चे/बच्चों के लिए ट्यूशन फीस की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेंगे/my wife/husband is a Central Govt. servant and that she/he will not claim reimbursement of tuition fee in respect of our child/children,
 - iii) मेरी पत्नी/पति _____ में कार्यरत हैं, वह हमारे बच्चे/बच्चों के संबंध में ट्यूशन फीस की प्रतिपूर्ति के हकदार नहीं हैं/my wife/husband is employed with _____ she/he is/is not entitled to reimbursement of tuition fee in respect of our child/children.
5. प्रमाणित किया जाता है कि दावे की अवधि में शामिल बच्चा/बच्चें नियमित रूप से स्कूल में उपस्थित रहे तथा एक माह से अधिक अवधि के लिए उचित अवकाश के बिना स्कूल से अनुपस्थित नहीं रहे/Certified that during the period covered by

the claim the child/children attended the school(s) regularly and did not absent himself/herself/themselves from the school(s) without proper leave for a period exceeding one month.

6. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने या मेरी/मेरे पत्नी/पति ने ऊपर उल्लिखित बच्चों के लिए बच्चों के शैक्षिक भत्ता का दावा नहीं किया है और न ही किया जाएगा/Certified that I or my wife/husband have/has not claimed and will not claim the children's educational allowance in respect of the children mentioned above.
7. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे बच्चे/बच्चों के लिए जिनकी ट्यूशन फीस प्रतिपूर्ति हेतु दावा की जा रही है, वे उन स्कूलों में अध्ययन कर रहे हैं जो मान्यता प्राप्त स्कूल हैं (यह केंद्रीय सरकार/राज्य सरकार/संघ राज्य प्रबंधन/नगर निगम/नगर समिति/पंचायत समिति/जिला परिषद द्वारा संचालित स्कूलों पर लागू नहीं होता/Certified that my child/children in respect of whom reimbursement of tuition fee is claimed is/are studying in the schools which is/are recognized schools (s) (Not applicable to schools run by Central Govt. /State Govt/Union Territory Administration/Municipal Corporation/ Municipal Committee/Panchayat Samiti/Zilla Parishad).
8. ऊपर दी गई जानकारी में किसी भी प्रकार के परिवर्तन के मामले में जो मेरी ट्यूशन फीस की प्रतिपूर्ति के लिए मेरी पात्रता है, मैं यह वचन देता हूं कि मैं इसे तुरंत सूचित करूंगा और यदि कोई अतिरिक्त भुगतान किया गया हो तो उसे भी लौटाऊंगा/In the event of any change in the particulars given above which affect my eligibility for reimbursement of Tuition Fees I undertake to intimate the same promptly and also to refund excess payments, if any made

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर)/(Signature of the Govt. servant)

नाम/Name _____

पदनाम/Designation _____

कर्मचारी पहचान पत्र/Employee ID _____

कार्यालय/अनुभाग/Office/Section _____

दूरभाष नं./Telephone No. _____

दिनांक/ Date:

स्थान/Place: नई दिल्ली/NEW DELHI

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
Bureau of Energy Efficiency
भारत सरकार, विद्युत मंत्रालय
Government of India, Ministry of Power
नई दिल्ली
New Delhi

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन
Application for Reimbursement of Medical Expenses

1. कर्मचारी का नाम और पदनाम (बड़े अक्षरों में)/
Name and Designation of the Employee (In block letters) _____
(i) विवाहित या अविवाहित/Whether married or unmarried _____
(ii) यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहां पत्नी/पति कार्यरत हैं
If married, the place where wife/husband employed _____
2. मूल वेतन/Basic Pay रुपए/Rs. _____
3. वास्तविक आवासीय पता/Actual residential address _____
4. रोगी का नाम और उसका कर्मचारी से सम्बन्ध: - बच्चों के मामले में उम्र बताएं/ Name of the patient and his/her
relationship to the employee N.B. - In case of children state age also _____
5. स्थान जहां रोगी बीमार पड़ा/Place at which the patient fell ill _____
6. दावा की गई राशि का विवरण/Details of amount claimed _____

चिकित्सा परिचर्या/Medical Attendance

- (i) परामर्श के लिए शुल्क दर्शाते हुए /Fee for consultation indicating
(क) परामर्श किए गए चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम/
the name and designation of the medical officer consulted _____
(ख) परामर्श की संख्या और तिथियां और प्रत्येक परामर्श के लिए
भुगतान की गई फीस की संख्या/ the number and dates
of consultation and the fee paid for each consultation
राशि/Amount _____
No
- (ग) इंजेक्शन की संख्या और तारीखें क्या हैं और प्रत्येक इंजेक्शन
के लिए कितना शुल्क दिया गया /the number and dates of
Injection and the fee paid for each injection
राशि/Amount _____
No

(घ) क्या परामर्श और इंजेक्शन अस्पताल में या चिकित्सा अधिकारी के _____
परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर लिया गया था/ whether _____
consultation and injections were had at the hospital or at consulting _____
room of the medical officer or at the residence of the patient _____

(ii) किए गए पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या _____ राशि/Amount _____
इसी तरह के अन्य परीक्षणों के लिए प्रभार/ Charges for pathological,
bacteriological, radiological or other similar test undertaken

(iii) बाजार से खरीदी गई दवाओं की लागत _____ राशि/Amount _____
(कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न किए जाने चाहिए)/
Cost of medicines purchased from the market
(cash memo and the essential certificates should be attached)

7. दावा की गई कुल राशि/Total Amount claimed _____ रुपए/Rs. _____
8. ली गई अग्रिम को घटाकर राशि/Less advance taken on _____ रुपए/Rs. _____
9. शुद्ध दावा राशि/ Net amount claimed _____ रुपए/Rs. _____
10. संलग्नों की सूची/ List of enclosures _____

कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूं कि आवेदनों में दिए गए विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था वह पूरी तरह से मुझ पर आश्रित है/ I hereby declare that the statements in the applications are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon.

तारीख/Dated _____

(दावेदार के हस्ताक्षर)/(Signature of the claimer)

सत्यापित और चिकित्सा प्रतिपूर्ति रजिस्टर में दर्ज किया गया। रुपए के लिए बिल पारित किया गया /Verified and entered in the Medical Reimbursement Register. Bill passed for Rs.

लेखाकार/Accountant

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

कृपया विद्युत मंत्रालय (श्रम शक्ति भवन और निर्माण भवन) में डाक पहुंचाने के लिए अधोहस्ताक्षरी द्वारा ऑटो के किराए के रूप में व्यय की गई राशि की प्रतिपूर्ति करें।

Please reimburse the expenditure incurred by the undersigned towards auto charges to deliver the dak at Ministry of Power (shram Shakti Bhawan & Nirman Bhawan)

तारीख Date	स्थान से From	स्थान तक To	दूरी Distance	राशि (रुपए) Amount (Rs.)
---------------	------------------	----------------	------------------	-----------------------------

कुल
Total

हस्ताक्षर / Signature.

नाम / Name

पदनाम / Designation.....

वाहन प्रभारी / Vehicle Incharge

वित्त एवं लेखा अधिकारी / F&AO

सचिव / Secretary

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

कृपया (स्थान का नाम / प्रयोजन) के लिए
अधोहस्ताक्षरी द्वारा टैक्सी / ऑटो के किराए के रूप में व्यय की गई राशि की प्रतिपूर्ति करें।

Please reimburse the expenditure incurred by the undersigned towards taxi / auto charges
for

तारीख Date	स्थान से From	स्थान तक To	दूरी Distance	राशि (रुपए) Amount (Rs.)
---------------	------------------	----------------	------------------	-----------------------------

कुल / Total

हस्ताक्षर / Signature.

नाम / Name

पदनाम / Designation.....

नियंत्रण अधिकारी / Controlling Officer

वित्त एवं लेखा अधिकारी / F&AO

सचिव / Secretary

कार / स्कूटर / मोटर साईकिल पार्किंग स्टिकर जारी करने हेतु मांग प्रपत्र

REQUISITION FOR ISSUE OF CAR / SCOOTER / MOTOR CYCLE PARKING STICKERS

वाहन पास / VEHICLE PASS

(संदर्भ: परिपत्र सं. 32015/60/2011-एसएसओ (पीसी) दिनांक 18/07/2011)

(Ref: Circular No. 32015/60/2011-SSO (PC) dated 18/07/2011)

टिप्पणी: पंजीकरण प्रमाण-पत्र की प्रति भी संलग्न की जाए

Note:- Copy of Registration Certificate may also be enclosed.

1. अधिकारी का नाम / Name of the officer
(स्पष्ट अक्षरों में) / (IN BLOCK LETTERS) :
2. पदनाम / Designation :
3. कार्यालय का पता / Official Address
(दूरभाष नं. सहित) / (With telephone No.) :
4. निवास स्थान का पता / Residential Address
(दूरभाष नं. सहित) / (With telephone No.) :
5. कार / स्कूटर / मोटर साईकिल की पंजीकरण संख्या.
और मेक /
Car / Scooter / Motor Cycle Registration No.
and Make :

हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

इंटरकॉम नं. / Intercom No.

सेवा में / To,

सचिव/ Secretary

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो / Bureau of Energy Efficiency

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

ऊर्जा प्रबंधकों और ऊर्जा लेखा परीक्षकों के लिए 24वीं राष्ट्रीय प्रमाणन परीक्षा
24th NATIONAL CEERTIFICATION EXAMINATION FOR ENERGY MANAGERS & ENERGY AUDITORS

विषय: संयुक्त अधीक्षक / पर्यवेक्षक के रूप में परीक्षा ड्यूटी के लिए बीईई अधिकारियों की प्रतिनियुक्ति के संबंध में।

Subject: Deputing BEE officials for Examination Duty as Joint Superintendent / Invigilators – reg.

नाम, पदनाम और वेतनमान/वेतन स्तर Name, Designation and Pay Scale/Pay Level	
योग्यता / Qualification	
बीईई में अनुभव (वर्षों में) / Experience in Bee (in years)	
चयनित परीक्षा ड्यूटी Examination Duty opted for as	
चयनित परीक्षा केंद्र Center of Examination opted	

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of Official

कर्मचारी के नियंत्रक अधिकारी / Recommended and forwarded by
द्वारा अनुशंसित एवं अग्रेषित / Controlling Officer of the Official :

(नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर) / (Signature of Controlling Officer) :

तारीख / Date :

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो

BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

स्थानीय परिवहन दावा प्रपत्र / Local Conveyance Claim Form

कृपया (स्थान का नाम / प्रयोजन) के लिए अधोहस्ताक्षरी द्वारा ऑटो / टैक्सी के किराए के रूप में व्यय की गई निम्नलिखित राशि की प्रतिपूर्ति करें।

Please reimburse the following expenditure incurred by the undersigned towards auto / taxi charges for

तारीख /Date	स्थान से /From	स्थान तक / To	दूरी /Distance	राशि (रुपए)/ Amount (Rs.)
-------------	----------------	---------------	----------------	------------------------------

कुल / Total

हस्ताक्षर / Signature.

नाम / Name

पदनाम / Designation.....

नियंत्रण अधिकारी / Controlling Officer

वित्त एवं लेखा अधिकारी / F&AO

सचिव / Secretary

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो

BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

कार्यभार ग्रहण रिपोर्ट / JOINING REPORT

में, दिनांक _____ से _____ तक (_____ दिन) का अर्जित / प्रतिपूरक / असाधारण छुट्टी का उपभोग करने के बाद दिनांक _____ को (पूर्वाह्न/अपराह्न) में कार्यभार ग्रहण कर रहा/रही हूं।

I do hereby report for duty on (A.N/F.N) after availing Earned/Commutated/EOL leave from to (..... days).

हस्ताक्षर / Signature.

नाम / Name

पदनाम / Designation.....

दिनांक / Date

सचिव / Secretary

प्रशासन / Admn.



ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY
(भारत सरकार, विद्युत मंत्रालय)
(Government of India, Ministry of Power)

संदर्भ / Ref: _____

दिनांक /Date: _____

विषय: बेबाकी प्रमाण-पत्र / NO DUES CERTIFICATE

सक्षम प्राधिकारी द्वारा त्यागपत्र स्वीकार कर लिए जाने के परिणामस्वरूप, अधोहस्ताक्षरी _____
(पूर्वाह्न) से बीईई के अपने कार्यों से मुक्त हो गया है।

consequent upon acceptance of resignation by the Competent Authority, undersigned is hereby relieved from her
/ her duties in BEE with effect from _____ (F/N).

निम्नलिखित अधिकारियों से अनुरोध है कि कृपया अधोहस्ताक्षरी को 'बेबाकी' प्रदान करें।

The following officers are requested to please provide the 'No DUES' to undersigned.

हस्ताक्षर /Signature _____

नाम/Name _____

पदनाम/ Designation _____

नियंत्रण अधिकारी/निदेशक / Controlling Officer/Director

वित्त एवं लेखा / Finance & Accounts

प्रशासन / Administration

सूचना और प्रौद्योगिकी अनुभाग / IT Department

10. रेल से जुड़े स्थानों के बीच सड़क से की गई यात्रा/यात्राओं का विवरण :

Particulars of journey(s) performed by road between place connected by rail:

स्थानों का नाम / Name of Places		वह श्रेणी जिसके लिए हकदार है / Class to which entitled	रेल किराया / Rails fare	
से / From	तक / To		रु. Rs.	पैसे P.

प्रमाणित किया जाता है कि / CERTIFIED THAT:-

- उपर्युक्त जानकारी मेरे अधिकतम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है।
The information as given above is true to the best of my knowledge and belief,
- कि मेरे पति/पत्नी सरकारी सेवा में कार्यरत नहीं हैं/मेरे पति/पत्नी सरकारी सेवा में कार्यरत हैं और उनके द्वारा संबंधित ब्लॉक वर्ष से तक अपने लिए या परिवार के किसी सदस्य के लिए अलग से रियायत का उपभोग नहीं किया गया है;

That my husband / wife is not employed in Government service/that my husband/wife is employed in Government service and the concession has not been availed of by him/her separately for himself / herself or for any of the family members for the concerned block of year to

- यह कि मेरे पति/पत्नी, जिनके लिए मेरे द्वारा छुट्टी यात्रा रियायत का दावा किया गया है, (सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम/निगम/स्वायत्त निकाय आदि का नाम) में कार्यरत हैं, जो छुट्टी यात्रा रियायत सुविधाएं प्रदान करता है, लेकिन उन्होंने अपने नियोक्ता के समक्ष इस संबंध में कोई दावा नहीं किया है और न ही करेंगे, तथा

That my husband/wife for whom L.T.C. is claimed by me is employed in. (name of the Public Sector Undertaking/Corporation/Autonomous Body, etc.), which provides Leave Travel Concession facilities but he/she has not preferred and will not prefer, any claim in this behalf to his/her employer, and

- मेरी पत्नी/पति, जिनके लिए मैंने छुट्टी यात्रा रियायत का दावा किया है, किसी सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम/निगम/स्वायत्त निकाय में कार्यरत नहीं हैं, जो पूर्णतः या आंशिक रूप से केन्द्रीय सरकार या किसी स्थानीय निकाय द्वारा वित्तपोषित है, जो अपने कर्मचारियों और उनके परिवारों को छुट्टी यात्रा रियायत सुविधाएं प्रदान करता है।

That my wife/husband for whom L.T.C. is claimed by me is not employed in any Public Sector Undertaking/Corporation/Autonomous Body financed wholly or partly by the Central Government or a local Body, which provides L.T.C. facilities to its employees and their families

तारीख / Date :

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of Government Servant

भाग ख / PART B

(बिल अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / (To be filled in by the Bill Section)

1. छुट्टी यात्रा रियायत के बारे में शुद्ध हकदारी की गणना की गई, जिनके ब्यौरे नीचे दिए गए हैं :-

The net entitlement on account of leave travel concession works out of Rs..... (Rupees) As detailed below :-

(क) रेल / विमान / स्टीमर यात्रा किराया..... रु./ Rs. पै./P.

Railway / Air Bus / Steamer fare

(ख) वाउचर सं. तारीख के अनुसार ली गई अग्रिम की राशि घटा दें

Less amount of advance drawn vide Vr. No., dated.....

शुद्ध राशि

2. व्यय में डाला जाना है।

The expenditure debitable to

बिल लिपिक (हस्ताक्षर) / Bill Clerk (initial)

आहरण और संवितरण अधिकारी (हस्ताक्षर) /
Drawing and Disbursing officer (signature)

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर / Controlling Officer Signature

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी की सेवा पुस्तिका में आवश्यक प्रविष्टियां कर दी हैं।

Certified that necessary entries have been made in the Service Book of Shri/ Smt./ Kum.

(सेवा पुस्तिका में प्रविष्टियों को सत्यापित करने के लिए
प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर)

(Signature of the Officer authorized To Attest
entries in the Service Book)

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

दौरा - अनुमोदन हेतु प्रपत्र
Format for Tour Approval

1. अधिकारी का नाम / Name of the Officer :
2. पदनाम / Designation :
3. दौरे का उद्देश्य / Purpose of Tour :
4. दौरा कार्यक्रम / Tour Programme :

दिनांक Date	समय संबंधी विकल्प* Time Slot*	प्रस्थान गंतव्य Departure Destination	आगमन गंतव्य Arrival Destination	परिवहन का साधन Mode of Transportation
				विमान से / By Air*
				विमान से / By Air*

5. विमान/रेल द्वारा अधिकारी की / Entitlement of Officer by
पात्रता और यात्रा की श्रेणी / air /rail and the Class of journey :

6. जिस श्रेणी और परिवहन से यात्रा के / Reasons for waiver of entitled
हकदार हैं, उससे छूट ली गई है तो / class and mode of Travel, if any :
कारण बताएं

* लघुतम मार्ग का सबसे सस्ता विमान टिकट अधिकृत ट्रेवल एजेंट द्वारा दिए गए समय स्लॉट में बुक किया जाएगा।

* Cheapest air ticket of shortest route will be booked by authorized Travel Agent in the given time slot.

- * समय संबंधी विकल्प / Time Slots
- (i) 06.00 से 09.00
 - (ii) 09.00 से 12.00
 - (iii) 12.00 से 15.00
 - (iv) 15.00 से 18.00
 - (v) 18.00 से 21.00
 - (vi) 21.00 से 24.00

दिनांक / Date :

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of the application

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो
BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

वाहन के लिए मांग पर्ची
REQUISITION SLIP FOR VEHICLE

1. अधिकारी का नाम / Name of Officer
2. मांग-पत्र की तारीख और समय / Date and Time of requisition.
3. दौरे का उद्देश्य / Purpose of visit.
4. दौरा किए जाने का स्थान / Place to be visited.
5. वाहन आवश्यकता की तारीख और समय /
Date & Time on which the vehicle required.

मांगकर्ता के हस्ताक्षर / Signature of Indentor.

मांगकर्ता का नाम / Name of Indentor.....

नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर/ Sign. of Controlling Officer

वाहन प्रभारी / Vehicle In charge

ऊर्जा दक्षता ब्यूरो

BUREAU OF ENERGY EFFICIENCY

आगंतुकों का प्रवेश / Entry of Visitors

निम्नलिखित आगंतुकों को भवन में प्रवेश की अनुमति दी जाए।

The following visitor(s) may be allowed entry in the building :

1.
2.
3.
4.

अधिकारी के हस्ताक्षर /Signature of the officer

नाम और पदनाम / Name & Designation

तारीख / Date.

दूरभाष सं./ Tel. No.

सील / मुहर (Seal /Stamp)

स्वागत अधिकारी/ Reception Officer

प्रमाण-पत्र / वचनबद्धता

CERTIFICATE/UNDERTAKING

प्रमाणित किया जाता है कि वाहन संख्या _____ जो _____ के नाम पर पंजीकृत है, जो _____ के निवासी हैं और जो मेरा* _____ है, मेरे कब्जे और नियमित रूप से उपयोग में है।

Certified that the Vehicle No. _____ registered in the name of _____ who is resident of _____ and who is my* _____ is In my possessing and regular use.

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि मेरे नाम पर या मेरे पति/पत्नी के नाम पर कोई अन्य दुपहिया वाहन पंजीकृत नहीं है।

Also Certified that no other Two Wheeler Vehicle is registered in my name or in the name of my spouse.

मैं वचन देता/देती हूँ कि जैसे ही वाहन मेरे कब्जे में या नियमित उपयोग में नहीं रहेगा, मैं पार्किंग लेबल गृह मंत्रालय को वापस कर दूंगा/दूंगी।

I Undertake to return the Parking Label, to the Ministry of Home Affairs as soon as the Vehicle ceases to be in my possession or regular use.

स्थान/Place: _____ हस्ताक्षर /SIGNATURE _____

दिनांक/Date _____ नाम (बड़े अक्षरों में)/
NAME (CAPITAL LETTER) _____

पता/ADDRESS _____

*कृपया संबंध बताएं/Please Indicate relationship