



हिमाचल प्रदेश भवन एवं अन्य सन्निर्माण कामगार कल्याण बोर्ड
ठाकुर वाटिका, खलीनी, शिमला-2 (हि०प्र०)



प्ररूप-34

(नियम-271(3) देखें)

प्रसूति अतिरिक्त सहायता के लिए आवेदन (केवल पुरुष लाभार्थी)

- कर्मकार की पत्नी का नाम और पता तहसील, :
पंचायत तथा ब्लॉक सहित पिनकोड.....
पंचायत ब्लॉक
- कर्मकार का नाम :
- पंजीकरण संख्या और तिथि : तिथि

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- क) कर्मकार की पत्नी का आधार से जुड़ा बैंक खाता संख्या :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ख) बैंक आई.एफ.एस. कोड :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

घ) बैंक शाखा का नाम :
- ग) कर्मकार की पत्नी का आधार नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ड) बैंक से जुड़ा मोबाईल नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 5 प्रथम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
6. व्यतिक्रम (Default) यदि कोई हो और उसका कारण :
7. अन्तिम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

8. अन्य कोई जानकारी (किसी अन्य कल्याण बोर्ड / विभाग / संस्था से प्राप्त कोई प्रसुविधा हो तो उसका विवरण) :
9. क्या लाभार्थी ने प्रसूति सहायता राशि पहले भी प्राप्त की है? : हाँ या नहीं
10. प्रसूति अतिरिक्त सहायता के लिए पुरुष लाभार्थी प्रसूति सम्बन्धी प्रमाण पत्र संलग्न करें।
उपरोक्त वर्णित तथ्य मेरे ज्ञान और सूचनाओं के अनुसार सही है।

तारीख :

कर्मकार के हस्ताक्षर

कर्मकार की पत्नी के हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान

- कार्यालय प्रयोग हेतु -

श्रम अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर
दिनांक

मुबलिंग रु..... (रूपये हजार)
बोर्ड द्वारा स्वीकृत।

हस्ताक्षर व मोहर

सभी कॉलम भरने आवश्यक है अन्यथा फार्म स्वीकार नहीं किया जायेगा तथा फार्म में किसी भी तरह की कटिंग मान्य नहीं होगी।



हिमाचल प्रदेश भवन एवं अन्य सन्निर्माण कामगार कल्याण बोर्ड
ठाकुर वाटिका, खलीनी, शिमला-2 (हि०प्र०)



प्ररूप-34

(नियम-271(2) देखें)

प्रसूति अवकाश के लिए महिला लाभार्थी द्वारा आवेदन

- आवेदक (महिला लाभार्थी) का नाम और पता :
तहसील, पंचायत तथा ब्लॉक सहित पिनकोड.....
पंचायत ब्लॉक
- क) पंजीकरण संख्या और तिथि : तिथि

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- ख) आधार से जुड़ा बैंक खाता संख्या :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- ग) बैंक आई.एफ.एस. कोड :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- घ) बैंक शाखा का नाम :
- ड) आधार नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- च) बैंक से जुड़ा मोबाईल नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 3 प्रथम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

4. व्यतिक्रम (Default) यदि कोई हो और उसका कारण :
5. अन्तिम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

6. अन्य कोई जानकारी (किसी अन्य कल्याण बोर्ड / विभाग/संस्था से प्राप्त कोई प्रसुविधा हो तो उसका विवरण) :
7. आवेदक के परिवार के अन्य सदस्य का नाम और पंजीकरण संख्या (यदि कोई पहले पंजीकृत है) :
8. क्या महिला लाभार्थी ने अवकाश प्रसूति सहायता राशि पहले भी प्राप्त की है। : हाँ या नहीं (यदि हाँ तो कितनी बार)
9. प्रसूति अवकाश की अवधि (महिला लाभार्थी) अवकाश का प्रमाण पत्र संलग्न करे।
मैं प्रमाणित करती हूँ कि प्रसूति अवस्था में मैंदिनों (90 से 26 सप्ताह) तक कार्य नहीं कर पाई।
उपरोक्त वर्णित तथ्य मेरे ज्ञान और सूचनाओं के अनुसार सही है।

तारीख :

आवेदक के हस्ताक्षर

- कार्यालय प्रयोग हेतु -

<p>श्रम अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर दिनांक</p>	<p>गुबलिंग रु..... (रूपये हजार) बोर्ड द्वारा स्वीकृत।</p>
<p>हस्ताक्षर व मोहर</p>	
<p>सभी कॉलम भरने आवश्यक है अन्यथा फार्म स्वीकार नहीं किया जायेगा तथा फार्म में किसी भी तरह की कटिंग मान्य नहीं होगी।</p>	



हिमाचल प्रदेश भवन एवं अन्य सन्निर्माण कामगार कल्याण बोर्ड
ठाकुर वाटिका, खलीनी, शिमला-2 (हि०प्र०)



प्ररूप-34
(नियम-271(1) देखें)
प्रसूति प्रसुविधा के लिए आवेदन

- आवेदक (लाभार्थी) का नाम और पता तहसील, :
पंचायत तथा ब्लॉक सहितपिनकोड.....
पंचायत ब्लॉक
- क) पंजीकरण संख्या और तिथि : तिथि

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- ख) आधार से जुड़ा बैंक खाता संख्या :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- ग) बैंक आई.एफ.एस. कोड :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- घ) बैंक शाखा का नाम :
- ङ) आधार नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- च) बैंक से जुड़ा मोबाईल नम्बर :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 3 प्रथम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
4. व्यतिक्रम (Default) यदि कोई हो और उसका कारण :
5. अन्तिम किश्त देने की तारीख और बैंक का नाम :

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

6. अन्य कोई जानकारी (किसी अन्य कल्याण बोर्ड / विभाग/संस्था से प्राप्त कोई प्रसुविधा हो तो उसका विवरण) :
7. आवेदक के परिवार के अन्य सदस्य का नाम :
और पंजीकरण संख्या (यदि कोई पहले पंजीकृत है)

उपरोक्त वर्णित तथ्य मेरे ज्ञान और सूचनाओं के अनुसार सही है।

तारीख :

आवेदक के हस्ताक्षर

चिकित्सा प्रमाण-पत्र का प्ररूप
चिकित्सा अधिकारी से प्राप्त किया जाने वाला

मैंने, श्रीमती आयु..... और श्री की पत्नी
का परीक्षण किया है। वह गर्भवती है और मास चल रहा है। उसने तिथि को बच्चे को
जन्म दिया है।

तारीख :

डॉक्टर का नाम तथा मोहर

- कार्यालय प्रयोग हेतु -

श्रम अधिकारी के हस्ताक्षर व मोहर
दिनांक

मुबल्लिग रु..... (रूपये हजार)
बोर्ड द्वारा स्वीकृत।

हस्ताक्षर व मोहर

सभी कॉलम भरने आवश्यक है अन्यथा फार्म स्वीकार नहीं किया जायेगा तथा फार्म में किसी भी तरह की कटिंग मान्य नहीं होगी।