

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
National Institute of Health and Family Welfare

जी.पी.एफ. खाते से अग्रिम हेतु आवेदन/Application for advance from G.P.Fund

1. अंशदाता का नाम/Name of the Subscriber :
2. खाता संख्या/Account Number:
3. पदनाम/Designation:
4. वेतन/Pay:
5. आवेदन की तिथि को अंशदाता के खाते में अन्तशेन/Balance at credit of the subscriber on the date of application:
 - i. वर्ष ----- की विवरणी के अनुसार शेन राशि/Closing Balance as per statement for the year -----.
 - ii. ----- से ----- तक निम्नलिखित के कारण जमा राशि:
Credit from ----- to ----- on A/c of:
 - iii. वापसी/ Refunds -----
 - iv. ----- से ----- तक विद्झावल
Withdrawals during the period from ----- to -----
 - v. खाते में शेन कुल राशि/Net balance at Credit -----
6. अग्रिम की बकाया राशि, यदि कोई हो तो, तथा अग्रिम किस उद्देश्य हेतु लिया गया था/Amount of advance outstanding, if any, and the purpose for which advance was taken. -----
7. कितनी अग्रिम राशि चाहिये/Amount of advance required: -----
- 8(a) किस उद्देश्य के लिए अग्रिम चाहिये/Purpose for which the advance is required:-----

- (b) आवेदन किस नियम के अंतर्गत कवर होता है/Rules under which the request is covered: -----
9. अग्रिम की समायोजित कुल राशि (मद 6 तथा 7) और कितनी मासिक किश्तों में अग्रिम की वापसी करने का प्रस्ताव है/Amount of the consolidated advance (item 6&7) and number of monthly installments in which the consolidated advance is proposed to be repaid:-----
10. अंशदाता की वित्तीय स्थिति संबंधी पूर्ण विवरण, जिससे अग्रिम संबंधी आवेदन का औचित्य साबित होता है/Full particulars of the pecuniary circumstances of the subscriber, justifying the application for the advance: -----

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of the applicant: -----

नाम/Name: -----

पदनाम/Designation -----

अनुभाग/विभाग/Sec./Deptt. -----

तिथि/Date -----