

INDIAN FARMERS FERTILISER COOPERATIVE LTD.

KALOL UNIT

FORM 19

THE EMPLOYEE'S PROVIDENT FUNDS SCHEME, 1952

(Paragraph 72 (5) (1))

For Office Use Only

Form to be used by a member for the withdrawal accumulations standing to his credit in the Fund

Claims admitted and payment authorised on _____
vide D.P.S. Item No. _____

TO: The Executive Secretary
IFFCO Employee's Provident Fund Trust,
New Delhi

Auditor H. O. A. O.

(Thru : The employer under whom the member was last employed)

I hereby request you to pay me the full amount standing to my credit in the Fund after marking Such deductions as may be authorised under Paras 69 and 71 of the Scheme.

1. Name (in block letters)

2. Father's name (or husband's name in the case of married woman)

3. Name and address of the Factory/ Establishment in which the member is/was employed

4. Account No. DL

5. i Ground on which the request for withdrawal is made (See Footnote 1 overleaf)
ii Date of leaving service

6. Date of leaving India :
i in the case of migration for permanent settlement abroad (Para 69 (1) (c))
ii for at least a year (Para 69 (2) (a))

7. The payment may be made by :

- (a) Postal Money Order at my cost
- (b) Crossed cheque sent through post (see footnote No. 4 overleaf)
- (c) Deposit in my postal savings Bank Account No. _____ in the _____

Address
Village : _____
Post : _____
Taluka : _____
Dist. : _____
Pin Code No. : _____

P.O. _____

The Pass Book is enclosed (strike out the clauses not applicable)

8. Particulars of last subscription i.e. month and amount

I certify that the particulars given above are true to the best of my knowledge
 I declare that I have not been employed in any Factory/Establishment to which
 the Act applies for a continuous period of not less than two months immediately
 Footnote 2 below)

Date : _____

Signature

Enclosures _____
 (see Footnote 3 below)

or Left/Right-hand thumb impression
 in the case of Male/Female illiterate
 member of the Fund.

** Forwarded / Certified that the above declaration has been signed/thumb impressed
 before me by Shri/Shrimati _____ employed in IFFCO Kalol Unit.

Date : _____

Signature of the Employer
 or any Authorised Officer

ADVANCE RECEIPT

Received with thanks Rs. _____ (Rupees _____
 _____) from IFFCO Employees P. F. Trust, New Delhi towards full and
 final settlement of my P. F. claim.

Date : _____

Place : _____

1-00 Rs.

Revenue

Stamp

Witness :

Name : _____

Signature : _____

Address : _____

Signature of the Employee

To be attested with official seal and date by any of the following officials in case this
 form is not completed in the presence of the employee

- | | |
|--|---|
| (1) Magistrate or | (2) A Gazetted Officer, or |
| (3) Post/Sub-Post Master or | (4) President of the Village Union, or |
| (5) President of the Village Panchayat
where there is no Union, Board, or | (6) Chairman / Secretary / Member of the
Municipal / District |
| (7) Member of Parliament / Legislative
Assembly or | (8) Member of the Central Board of
Trustees / Regional Committee, or |
| (9) Any other official as may be
approved by the Commissioner, | |

Notes : (1) The member should state whether he (a) is retiring from service after attaining the age
 of 55 years, (b) is retiring on account of permanent and total incapacity for work in any
 industry due to bodily or mental infirmity. (c) is migrating from India for permanent
 settlement abroad (d) being a national of a country other than India is leaving India at
 least for a continuous period of not less than 6 months immediately preceding the date
 of application.

(2) If not applicable, strike out the words.

(3) If the claim for withdrawal is made on ground mentioned in (b) of Note 1 above a
 certificate by a Registered Medical Practitioner or the Medical Officer of the factory
 should be enclosed.

इफको

प्रपत्र-1

नियम (7) का उप नियम (1) देखें
कर्मचारी द्वारा उपदान हेतु आवेदन पत्र

सेवा में

वरिष्ठ प्रबंधक (का.व. प्रशा.)

इंडियन फार्मर्स फर्टिलाइज़र को-आप. लि.

डाकघर : कस्तूरीनगर

पिन-382423

जिला-गांधीनगर

गुजरात.

महोदय,

दिनांक..... से मेरी अधिवर्षिता/सेवा-निवृत्ति/पांच वर्ष से कम नहीं की लगातार नौकरी की समाप्ति के पश्चात इस्तीफा / अकस्मात के कारण संपूर्ण अपंगता / रोग के कारण अशक्तता के कारण उपदान के भुगतान अधिनियम 1972 को धारा 4 की उप धारा (1) के तहत मैं हकदार हूँ उसी उपदान के भुगतान के लिए मैं आवेदन करता हूँ । संस्था में मेरी नियुक्ति से सम्बन्धित आवश्यक ब्यौरा निम्न विवरण में दिया है ।

विवरण

1.

(1) पूरा नाम :

(2) पूरा पता :

(3) विभाग/शाखा/अनुभाग का नाम :

जहां अन्तिम नौकरी की

(4) पदनाम वैयक्तिक सं. या क्रम सं. :

सहित, यदि कोई हो

(5) नियुक्ति की तारीख :

(6) नौकरी समाप्त करने की तारीख :

व कारण

(7) नौकरी की कुल अवधि :

(8) लिए गए अंतिम वेतन की राशि :

(9) दावाकृत उपदान की राशि :

2.

मैं के फलस्वरूप संपूर्ण अशक्त बन गया था ।

(यहां पर रोग या अकस्मात के प्रकार का ब्यौरा दीजिए)

मेरी सम्पूर्ण अशक्तता के आधार में प्रमाण/साक्षी निम्नानुसार है ।

(यहां पर ब्यौरा दीजिए)

3. कृपया भुगतान नकद/ओपन या रेखांकित बैंक चैक द्वारा किया जाये जैसा कि उपदान की राशि रुपये एक हजार से कम है, इसलिए मैं आप से अनुरोध करता हूँ कि मुझे देय राशि ऊपर बताये गये पते पर उसमें पोस्टल मनी-आर्डर कमिशन काट कर पोस्टल मनी-आर्डर से भुगतान करने की व्यवस्था करें ।

भवदीय

()
आवेदक - कर्मचारी के हस्ताक्षर /
अंगूठे का निशान

स्थान :

दिनांक :

टिप्पणी : (1) जो शब्द लागू न हो उसे काट दीजिए ।

(2) जो पैराग्राफ लागू न हो उसे काट दीजिए ।

अग्रिम रसीद

मेरे उपदान के भुगतान के लिए इफको कलोल इकाई से रु.

(रुपये.....केवल) प्राप्त हुए ।

हस्ताक्षर : _____

नाम : _____

पदनाम : _____

वै. सं. : _____

साक्षी

(1) _____

(2) _____

इफको

प्रपत्र- 20

कर्मचारी भविष्य निधि योजना, 1952

(इस प्रपत्र का प्रयोग क. भ. नि. योजना, 1952 योजना, 1952 के पैरा 72 (5) के तहत नामिनी या परिवार के सदस्य द्वारा ही किया जाये)

सेवा में :

आयुक्त

कर्मचारी भविष्य निधि

द्वारा :- नियोक्ता (जिसके अंतर्गत सदस्य ने अंतिम नौकरी की थी)

मैं/हम, निम्नलिखित मृतक सदस्य के परिवार के सदस्य/नाभितियों मृतक सदस्य की निधि में जमा भुगतान या संचय के लिए आवेदन करते हैं ।

नाम व पता	लिंग	आयु या जन्म-तिथि	वैवाहिक स्थिति	मृतक सदस्य के साथ रिश्ता	टिप्पणी
1	2.	3.	4.	5.	6.

2. मृतक सदस्य के सम्बन्ध में ब्यौरा निम्नानुसार दिया है ।

1. मृतक का नाम व पता _____
2. पिता का नाम (या विवाहित स्त्री के मामले में पति का नाम) _____
3. मृत्यु की तारीख _____
4. अंतिम नौकरी जहाँ की हो _____
5. निधि में लेखा सं. _____

भुगतान निम्नानुसार किया जाये ।

पता : _____

(बड़े अक्षरों में)

क. मेरे खर्च पर पोस्टल मनी-आर्डर द्वारा

ख. डाक से रेखांकित चैक भेज कर

ग. डाक घर..... में मेरे डाक बचत बैंक खाता सं. में जमा करें ।
(पास बुक संलग्न है)

3. मेरी/हमारी जानकारी अनुसार मृतक सदस्य को मरणोपरांत कोई बच्चे का जन्म नहीं होगा ।

4. मैं/हम घोषित करता /करते हूँ/हैं कि उपर दिया गया ब्यौरा मेरी/हमारी जानकारी अनुसार सही है ।

दिनांक :

आवेदक (कों) के हस्ताक्षर या बाये / दाये हाथ के
अंगूठे के निशान

टिप्पणी : (परिवार का अर्थ है परिवार जैसी व्याख्या, कर्मचारी भविष्य निधि योजना, 1952 के पैरा 2 (9)
में की गई है ।

मृतक की विवाहित पुत्री या अविवाहित पुत्री का नाम टिप्पणी स्तंभ में बताया जाये । यदि उनका पति जीवित हो ।
निरक्षर पुरुष आवेदक के मामले में बाये हाथ के अंगूठे का निशान और महिला आवेदक के मामले में दाये हाथ
के अंगूठे का निशान ।

नियोक्ता या किसी प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर

संलग्नक प्रेषित किया
दिनांक :

निम्नलिखित अधिकारियों में से किसी एक के द्वारा कार्यालयी मोहर एवं तारीख सहित साक्ष्यांकन कराया जाये ।
(1) मेजिस्ट्रेट, या (2) राजपत्रित अधिकारी, या (3) डाक/उप-डाक मास्तर, या (4) ग्राम संघ के प्रमुख, या
(5) ग्राम पंचायत के प्रमुख जहां मण्डल न हो, या (6) जिला या स्थानीय मण्डल म्युनिसिपल के अध्यक्ष/सचिव,
या (7) संसद/विधानसभा के सदस्य, या (8) केन्द्रीय न्याय मण्डल/प्रादेशिक समिति के सदस्य, या (9) अन्य
कोई अधिकारी जो आयुक्त द्वारा अनुमोदित किया जाये ।

अग्रिम रसीद

मेरे भविष्य निधि (पी.एफ) के भुगतान के लिए इफको कलोल इकाई से रु.
(रुपये केवल) प्राप्त हुए ।

हस्ताक्षर _____
नाम _____
वै.सं. _____

साक्षी

(१) _____

(२) _____

FORM J

(See sub rule (2) of rule 7)

Application for Gratuity by a Nominee

To,

The Sr. Manager (P&A)
Indian Farmers Fertiliser Cooperative Ltd.,
P.O. Kasturinagar
Dist. Gandhinagar - 382 423

Sir,

I beg to apply for payment of gratuity to which I am entitled under sub-section (1) of section of the Payment & Gratuity Act, 1972 as a nominee of late _____

who was an employee of your establishment and died on the _____

The gratuity is payable on account of the death of the aforesaid employee while in service /suerannuation of the aforesaid employee

on _____ retirement or resignation of the aforesaid employee

on _____ after completion of _____ years of service /total disablement of the aforesaid employee due to accident or disease

while in service with effect from the _____. Necessary particulars relating to my claim are given in the statement below :

S T A T E M E N T

1. Name of applicant nominee :
2. Address in full of the applicant nominee :
3. Marital status of the applicant nominee (Unmarried/ married/widow/widower) :
4. Name in full of the employee :
5. Marital status of employee :
6. Relationship of the nominee with the employee. :
7. Total period of service of the employee. :
8. Date of appointment of the employee. :
9. Date and cause of termination of service of the employee. :

- 10. Department/Branch/Section :
where the employee last worked.
- 11. Post last held by the employee:
with Ticket or Serial No.9 if any.
- 12. Total wages last drawn by the :
employee
- 13. Date of death and evidence/ :
witness as proof of death of
the employee.
- 14. Refarance No. of recorded no- :
mination if available.
- 15. Total gratuity payable to the :
employee.
- 16. Share of gratuity claimed. :

- 2. I declare that the particulars mentioned in the above statement are true and correct to the best of my knowledge and belief.
- 3. Payment may please be made in cash/grossed or ooen bank cheque.
- 4. As the amount payable is less than Rupees one thousand, I shall request you to arrange for payment of the sum due to me by postal money order at the address mentioned above after deducting postal money order commission therefrom.

Yours Faithfully,

Place :
Date :
Note :

Signature/Thumb Impression
applicant-nominee.

- 1. Strike out the words not n applicable.
- 2. Strike out the paragraph or paragraphs not applicable

/MSB/