

अटल बीमित व्यक्ति कल्याण योजना (ABVKY) प्रपत्र


कर्मचारी राज्य बीमा निगम
PART-I (To be submitted by the IP)


दावा आईडी:- _____ (वर्षr)/ _____ (क्षेका/उप क्षेत्र का कोड)/ _____ (संख्या)

मैं _____ श्री _____ के पुत्र/पत्नी/पुत्री, बीमा संख्या _____ आधार संख्या _____ घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे _____ से बेरोजगार कर दिया गया है। _____। मैं अटल बीमित व्यक्ति कल्याण योजना के तहत _____ से _____ तक की अवधि के लिए राहत राशि का दावा करता/करती हूँ।

देय राशि का भुगतान मेरे बैंक खाते में किया जा सकता है जिसका विवरण निम्नानुसार है:

 बैंक खाता संख्या _____
 बैंक और शाखा का नाम _____
 खाता धारक का नाम _____
 आईएफएससी _____ (रद्द चेक संलग्न)

मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि:-

- उपरोक्त अवधि के दौरान मैंने कोई लाभकारी रोजगार नहीं लिया है।
- मुझे किसी अन्य अधिनियम के प्रावधानों के तहत स्वीकार्य कोई अन्य समान लाभ प्राप्त नहीं हो रहा है।
- मैंने दावे की अवधि के दौरान अधिवर्षिता की आयु प्राप्त नहीं की है।
- मुझे क रा बी अधिनियम की धारा 84 के तहत दोषी नहीं ठहराया गया है।
- मेरी बेरोजगारी कदाचार या सेवानिवृत्ति या स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति के लिए किसी दंड के परिणामस्वरूप नहीं रही है।
- मुझे अनुशासनात्मक कार्रवाई के तहत बर्खास्त/पदच्युत नहीं किया गया है।
- मैं एतद्वारा क रा बी निगम द्वारा मांगे जाने पर पूरी राशि का भुगतान करने का वचन देता हूँ, अगर किसी भी समय यह पता चलता है कि मैं उस राशि का कानूनी रूप से हकदार नहीं था।

दिनांक :

स्थान :

दावेदार का हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान _____

दावेदार का स्थायी पता _____

दावेदार का मोबाईल नंबर _____

भाग -II

 दावा आईडी:- _____ (वर्षr)/ _____ (क्षेका/उप क्षेत्र का कोड)/ _____ (संख्या)
(पिछले निोजक द्वारा प्रस्तुत की जाए)

यह प्रमाणित किया जाता है कि बीमित व्यक्ति श्री./श्रीमती./सुश्री. _____ बीमा संख्या _____

जो मेसर्स में _____ से _____ तक की अवधि के लिए काम करता है।

_____ (बेरोजगारी के कारण) के कारण _____ बेरोजगार हो गया है।

अनुरोध है कि अटल बीमित व्यक्ति कल्याण योजना के तहत राहत के लिए उनके दावे पर विचार करें।

अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर: _____

नाम :- _____

संस्था की मुहर :- _____