

प्रपत्र-2

[दिखिए नियम 5(2), 12(2), 13(2), 17, 18(1), (2) एवं (3), 19(1) एवं 22(2)]
राजस्थान सिविल सेवायें (पेंशन का रूपान्तरण) नियम, 1996 के नियम 16 में वर्णित
आवेदक द्वारा चिकित्सा परीक्षा के बाद पेंशन के रूपान्तरण हेतु आवेदन-पत्र का प्रपत्र
(दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाएगा)

भाग I

सेवा में,

.....
.....
.....

(यहाँ कार्यालय अध्यक्ष का पद
एवं पूर्ण पते का उल्लेख कीजिए)

फोटो के लिए
स्थान

विषय - चिकित्सा परीक्षा के बाद पेंशन का रूपान्तरण

महोदय,

मैं, राजस्थान सिविल सेवायें (पेंशन का रूपान्तरण) नियम, 1996 के प्रावधानों के अनुसार अपनी पेंशन के एक भाग का रूपान्तरण कराने का इच्छुक हूँ। मेरे चित्र की एक प्रमाणित प्रति आवेदन-पत्र पर चिपका दी गई है तथा एक अप्रमाणित प्रति संलग्न कर दी गयी है। आवश्यक विवरण नीचे दिए गए हैं

1. नाम (मोटे अक्षरों में)
2. पिता का नाम (महिला सरकारी कर्मचारी के मामले में पति के नाम का भी उल्लेख करें)
3. पद
4. कार्यालय/विभाग का नाम जिसमें नियुक्त हुआ
5. जन्म की तारीख (ईसवी सन् में)
6. सेवानिवृत्ति की तारीख
7. पेंशन का वर्ग जिस पर सेवानिवृत्त हुआ [दिखिए राजस्थान सिविल सेवायें (पेंशन का रूपान्तरण) नियम, 1996 का अध्याय-III]

8. प्राधिकृत पेंशन की राशि
9. *पेंशन का भाग जिसे रूपान्तरित कराने का प्रस्ताव है
10. पेंशन भुगतान आदेश की संख्या एवं तारीख
11. **पेंशन का भुगतान करने के लिए वितरण प्राधिकारी-
 - (क) कोषागार/उपकोषागार (कोषागार/उपकोषागार का नाम व पूर्ण पते का उल्लेख कीजिए)
 - (ख) (i) राष्ट्रीयकृत बैंक की शाखा मय डाक के पूर्ण पते के
(ii) बैंक खाता संख्या जिसमें मासिक पेंशन प्रत्येक माह जमा कराई जा रही है
 - (ग) पेंशन भुगतान अधिकारी-
12. अनुमानित तारीख जिससे रूपान्तरण को प्रभावी कराना चाहा गया है
13. पहले रूपान्तरित की गई पेंशन की राशि, यदि कोई हो
14. उस स्थान के लिये अधिमान (Preference) जहाँ चिकित्सा परीक्षा करवाना चाहता है।

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

डाक का पता

टिप्पणी : पेंशन की रूपान्तरित राशि का भुगतान उस वितरण प्राधिकारी के मार्फत किया जाएगा जिससे पेंशन आहरित की जा रही है। आवेदक को इसकी स्वतन्त्रता नहीं है कि वह जिस वितरण प्राधिकारी से पेंशन प्राप्त कर रहा है, उससे भिन्न किसी अन्य वितरण प्राधिकारी से पेंशन की रूपान्तरित राशि को आहरित करे।

भाग-II

प्राप्ति-स्वीकृति

श्री (नाम) (पद) से प्रपत्र-2 के भाग-I में आवेदन-पत्र चिकित्सा परीक्षा कराने के बाद पेंशन के भाग के रूपान्तरण के लिए प्राप्त किया।

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

कार्यालय अध्यक्ष

भाग-III

निदेशक, पेंशन विभाग, राजस्थान, जयपुर को इस अभ्युक्ति के साथ अग्रेषित किया जाता है कि भाग I में आवेदक द्वारा दिए गए विवरणों की जांच कर ली गयी है और वे सही हैं तथा आवेदक चिकित्सा परीक्षा के बाद अपनी पेंशन के भाग को रूपान्तरित कराने का पात्र है।

2. निवेदन है कि इस प्रपत्र का भाग-IV को भरा जावे तथा उसे इस कार्यालय में यथाशक्य शीघ्र लौटाया जाए।

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

कार्यालय अध्यक्ष

भाग-IV

(निदेशक, पेंशन विभाग द्वारा भरे जाने के लिए)

1. आवेदक का नाम
2. जन्म की तारीख (ईसवी सन् में)
3. सेवानिवृत्ति की तारीख
4. पेंशन की राशि

पंश

- 5. पेंशन का वर्ग [राजस्थान सिविल सेवायें (पेंशन) नियम, 1996 का अध्याय-III देखिए]
- 6. पेंशन की राशि जिसे रूपान्तरित कराना चाहा गया है।

निम्न के आधार पर		
सामान्य आयु	जोड़े गए	वर्ष
रुपये	1 वर्ष रुपये	2 वर्ष रुपये

- 7. (i) यदि आवेदक की अगली जन्म तारीख जो दिनांक को आती है, से पहले रूपान्तरण पूर्ण (एबसोल्यूट) हो जाए तो भुगतान-योग्य राशि
- (ii) यदि आवेदक की अगली जन्म तारीख जो दिनांक को आती है, के बाद रूपान्तरण पूर्ण (एबसोल्यूट) होता है तो भुगतान-योग्य राशि
- 8. लेखा शीर्ष जिसमें रूपान्तरित की गई राशि नामे लिखी जाएगी
- 9. संलग्नकों की संख्या, यदि कोई हो (नीचे टिप्पणी देखिए)

टिप्पणी: निदेशक, पेंशन विभाग, जयपुर को प्रपत्र के साथ आवेदक के मामले की रिपोर्ट या विवरण की एक प्रति संलग्न करनी चाहिए। यदि आवेदक को अक्षमता पेंशन स्वीकृत की गई है या उसने अपनी पेंशन के एक भाग का पूर्व में रूपान्तरण करा लिया है या यदि उसने उसकी वास्तविक आयु में वर्षों को जोड़ने के आधार पर रूपान्तरण को स्वीकार करने से मना कर दिया है या यदि उसे चिकित्सीय आधार पर रूपान्तरण अस्वीकृत कर दिया गया है।

स्थान :
 तारीख :
 प्रतिहस्ताक्षरित

हस्ताक्षर
 निदेशक, पेंशन विभाग, राजस्थान, जयपुर

(कार्यालय अध्यक्ष)
 पूर्ण पता

प्रपत्र-3

[देखिए नियम 20(3) एवं (4) तथा 23(5)]

अधीक्षक, राजकीय अस्पताल/मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को पत्र का प्रपत्र

संख्या

राजस्थान सरकार

..... (विभाग)

दिनांक

सेवा में,

.....

.....

विषय - चिकित्सा परीक्षा-पेंशन का रूपान्तरण

महोदय,

श्री ने जो दिनांक को (पद) पर सेवा से निवृत्त हो गए, एक मुश्त राशि का भुगतान करने हेतु अपनी पेंशन के एक भाग को रूपान्तरित कराने के लिए आवेदन किया है। इसके साथ निम्नलिखित दस्तावेज अग्रेषित किए जाते हैं -

- (क) प्रपत्र में आवेदन-पत्र मूल रूप में, निम्न के साथ
 (i) आवेदक के चित्र की एक अप्रमाणित प्रति,
 (ii) प्रपत्र-2 का भाग-IV निदेशक, पेंशन विभाग, राजस्थान द्वारा विधिवत् भरा हुआ।
 (ख) प्रपत्र-4 की एक प्रति तथा उस प्रपत्र के भाग-III की एक अतिरिक्त प्रति
 (ग) आवेदक के मामले की रिपोर्ट या विवरण यदि उसे अक्षमता पेंशन स्वीकृत की गई है या यदि उसने अपनी पेंशन के एक भाग का पहले रूपान्तरण करा लिया है या यदि उसने उसकी वास्तवित आयु में वर्षों के जोड़े जाने के आधार पर रूपान्तरण को स्वीकार करने से मना कर दिया है या यदि उसे चिकित्सीय आधार पर रूपान्तरण अस्वीकृत कर दिया गया है।

2. राजस्थान सिविल सेवायें (पेंशन का रूपान्तरण) नियम, 1996 के नियम 20 के अनुसार श्री की चिकित्सा परीक्षा एक चिकित्सा बोर्ड/चिकित्सा अधिकारी से, जो सिविल सर्जन या मुख्य चिकित्सा अधिकारी से नीचे के रैंक का न हो, कराई जानी चाहिए। निवेदन है कि श्री की यथाशक्य शीघ्र उसकी अगली जन्म तारीख, जो कि दिनांक को आती है, से पूर्व परीक्षा करा ली जाए।

3. निवेदन है कि उक्त पैरा 2 में निर्दिष्ट चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा चिकित्सा परीक्षा के लिए व्यवस्था श्री द्वारा प्रपत्र-2 में उसके आवेदन में वर्णित उपलब्ध निकटतम स्थान पर कराई जाए। चिकित्सा प्राधिकारी का ध्यान राजस्थान सिविल सेवायें (पेंशन का रूपान्तरण) नियम, 1996 के नियम 23 के प्रावधानों की ओर आकर्षित किया जाए।

4. निवेदन है कि श्री को इस विभाग/कार्यालय को सूचना देते हुए सीधे सूचित किया जाए कि उसे कहाँ एवं कब उपयुक्त प्राधिकारी के समक्ष चिकित्सा परीक्षा के लिए उपस्थित होना चाहिए। इस पत्र की एक प्रति उसको पृष्ठांकित की जा रही है ताकि वह आपसे सुने जाने पर आपके निर्देशों की अनुपालना कर सकेगा।

5. इस पत्र की प्राप्ति-स्वीकृति भेजी जाए।

भवदीय

(कार्यालय अध्यक्ष)

प्रतिलिपि श्री को (यहाँ पूर्ण डाक का पता दीजिए) इस अभ्युक्ति के साथ अग्रेषित की जाती है कि चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा रूपान्तरण के लिए सिफारिश किए जाने की शर्त के अध्यक्षीन, वह निदेशक, पेंशन विभाग, राजस्थान, जयपुर की रिपोर्ट के आधार पर, रूपान्तरित की जाने वाली पेंशन की राशि के बदले में एकमुश्त राशि के भुगतान के लिए निम्न प्रकार से पात्र होगा

निम्न के आधार पर

सामान्य आयु	जोड़े	गए	वर्ष
रुपये	1 वर्ष	रुपये	2 वर्ष रुपये

(i) यदि आवेदक की अगली जन्म तारीख जो दिनांक को आती है, से पहले रूपान्तरण पूर्ण (एबसोल्युट) हो जाए तो भुगतान-योग्य राशि

(ii) यदि आवेदक की अगली जन्म तारीख जो दिनांक को आती है, के बाद रूपान्तरण पूर्ण (एबसोल्युट) होता है तो भुगतान-योग्य राशि

वर्तमान राशि की तालिका, जिसके आधार पर निदेशक, पेंशन विभाग, राजस्थान, जयपुर द्वारा संगणना की गई है, बिना किसी सूचना के किसी भी समय परिवर्तित की जा सकेगी तथा उसके परिणामस्वरूप, भुगतान करने से पहले आधार को संशोधित किया जा सकेगा। भुगतान-योग्य राशि उस तारीख के बाद जिसको

पंशन

रूपान्तरण आत्यंतिक (पूर्ण) होता है या यदि चिकित्सा प्राधिकारी निर्देश देता है कि उपधारित (मानी गई) आयु के परिणामस्वरूप, उस आयु में वर्ष और जोड़े जाएंगे, तो उसकी अगली जन्म तारीख को आवेदक की आयु के उपयुक्त होगी।

श्री को से सूचना प्राप्त होने पर सीधे चिकित्सा प्राधिकारी के पास चिकित्सा परीक्षा कराने के लिए रिपोर्ट करनी चाहिए। उसे अपने साथ संलग्न प्रपत्र-4 को उसमें अपेक्षित विवरणों को भरकर ले जाना चाहिए, उस पर केवल अपने हस्ताक्षर, या अँगूठे या अँगुलियों की निशानियाँ नहीं करनी चाहिए।

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

कार्यालय अध्यक्ष

प्रतिलिपि निदेशक, पेंशन विभाग, राजस्थान, जयपुर को उसके पत्र संख्या दिनांक के सन्दर्भ में अग्रेषित है।

हस्ताक्षर
कार्यालय अध्यक्ष

प्रपत्र-4

प्रपत्र-4

[देखिए नियम 6(1), 18(3), 23(1), (2) एवं (3), 24(3), 26(2) एवं 28(1)]

..... द्वारा चिकित्सा परीक्षा

(यहाँ चिकित्सा प्राधिकारी का नाम लिखिए)

भाग-I

आवेदक को (यहाँ चिकित्सा प्राधिकारी का नाम लिखिए) द्वारा उसकी परीक्षा करने से पूर्व इस विवरण को पूरा भरना चाहिए तथा उससे संलग्न घोषणा पर उस प्राधिकारी के समक्ष हस्ताक्षर करने चाहिए।

1. आवेदक का नाम (मोटे अक्षरों में)
2. जन्म की तारीख (ईसवी सन् में)
3. जन्म का स्थान
4. माता, पिता, भाईयों एवं बहिनों के बारे में विवरण

पिता की आयु यदि जीवित हो एवं उनके स्वास्थ्य की दशा	पिता की मृत्यु के समय आयु तथा मृत्यु का कारण	जीवित भाइयों की संख्या, उनकी आयु एवं स्वास्थ्य की दशा	मृत भाईयों की संख्या, उनकी मृत्यु के समय आयु तथा मृत्यु का कारण
1	2	3	4
माता की आयु यदि जीवित हो एवं उसके स्वास्थ्य की दशा	माता की मृत्यु के समय आयु तथा मृत्यु का कारण	जीवित बहिनों की संख्या, उनकी आयु एवं स्वास्थ्य की दशा	मृत बहनों की संख्या, उनकी मृत्यु के समय आयु तथा मृत्यु का कारण
5	6	7	8

5. क्या आपकी कभी परीक्षा की गई है
(क) जीवन बीमा के लिए, या/एवं
(ख) सरकारी चिकित्सा अधिकारी या चिकित्सा बोर्ड द्वारा

6. क्या आपको अक्षमता पेंशन मंजूर की गई है या क्या उसको मंजूर करने पर विचार किया गया है? यदि हाँ, तो उसके आधार का उल्लेख कीजिए।
7. क्या आपको कभी गत पाँच वर्षों में चिकित्सा प्रमाण-पत्र पर छुट्टी मंजूर की गयी है, यदि हाँ, तो छुट्टी की अवधियों एवं बीमारी के स्वरूप का उल्लेख कीजिए।
8. क्या कभी आपको-
 - (क) चेचक, एकांतरा (इन्टरमिटेर) या कोई अन्य बुखार, ग्रन्थियों के पीव में वृद्धि, रक्त वमन, अस्थमा, फेफड़ों की सूजन, प्लूशरी, दिल की बीमारी, बेहोशी के आक्रमण, गठिया, अपेण्डिसाइटिस, मिर्गी, विक्षिप्तता या नाड़ी तन्त्र सम्बन्धी बीमारी, कान का बहना या कान की अन्य बीमारी, सुजाक या गोनोरिया जैसी बीमारी हुई है; या
 - (ख) कोई अन्य बीमारी या चोट लगी है जिससे आपको बिस्तर पर रहना पड़ा; या
 - (ग) कोई शल्यात्मक चिकित्सा (सर्जिकल आपरेशन) कराना पड़ा है; या
 - (घ) कोई बीमारी, घाव या चोट सक्रिय सेवा में रहते हुए लगी है?
 - (ङ) मूत्र में एल्ब्यूमेंट या शर्करा विद्यमान पाई गई।
9. स्वास्थ्य की दशा का उल्लेख करिए-
 - (क) क्या आपके हर्निया है?
 - (ख) क्या आपके वारीकोसिल (Varicocele) फूली हुई बड़ी (Varicose) नस है या मस्से हैं?
 - (ग) क्या आपके प्रत्येक आँख की दृष्टि अच्छी है (चश्मे सहित या बिना चश्मे के)?
 - (घ) क्या आप प्रत्येक कान से साफ सुनते हैं?
 - (ङ) क्या आपको कभी संवेदनशील (Conyental) या अवाप्त विकृति, दोष या विद्रूपता हुई है?
 - (च) क्या आपका गत तीन वर्षों में वजन उल्लेखनीय रूप से बढ़ा है या घटा है?
 - (छ) क्या आपको गत तीन माह में किसी चिकित्सक का उपचार कराना पड़ा है तथा उस बीमारी की प्रकृति जिसके लिए ऐसा उपचार कराया गया था?

आवेदक द्वारा घोषणा

(चिकित्सा प्राधिकारी की उपस्थिति में हस्ताक्षर किए जाएँ)

मैं घोषणा करता हूँ कि उक्त सभी उत्तर, मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार, सत्य एवं सही हैं। मैं पूरी तरह जानता हूँ कि जानबूझकर गलत बयान करने या सुसंगत तथ्य को छिपाने से, मैं अपने रूपान्तरण को खो देने की जोखिम लेता हूँ। मैंने राजस्थान सिविल सेवायें (पेंशन) नियम, 1996 के नियम 6 के अधीन पेंशन या रोकी गयी या वापस ली गयी मेरी पेंशन के लिए आवेदन किया है।

आवेदक के हस्ताक्षर या यदि आवेदक
निरक्षर हो तो उसके अँ गूठे की निशानी

चिकित्सा प्राधिकारी, पद की उपस्थिति में हस्ताक्षर किए।

भाग-II

(जाँचकर्ता चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा भरा जाएगा)

1. प्रतीत होने वाली आयु
2. ऊँचाई
3. वजन
4. आवेदक के किसी घाव या पहचान के चिन्ह का वर्णन कीजिए
5. नब्ज की दर

- (क) बैठे हुए (ख) खड़े हुए
नब्ज की प्रकृति क्या है?
6. रक्त चाप
(क) सिस्टोलिक (ख) डायस्टोलिक
7. क्या मुख्य अंगों की बीमारी की कोई साक्ष्य है?
(क) हृदय (ख) फेफड़े
(ग) यकृत (घ) प्लीहा (स्प्लीन)
(ङ) गुर्दा
8. परीक्षण
(i) मूत्र (स्पेसिफिक ग्रेविटी लिखिए) (ii) रक्त
(iii) एक्सरे सीना (iv) ई.सी.जी.
9. क्या आवेदक के हर्निया है?
यदि हाँ, तो उसकी किस्म का उल्लेख करें एवं क्या वह कम होने योग्य है?
10. कोई अतिरिक्त निष्कर्ष

भाग-III

मैंने/हमने श्री/श्रीमती/कुमारी की सावधानीपूर्वक जाँच कर ली है तथा हमारी राय है कि वह शारीरिक दृष्टि से वह अच्छी तरह स्वस्थ है तथा औसत अवधि तक उसके जीवित रहने की सम्भावना है।

या

वह शारीरिक दृष्टि से ठीक तरह स्वस्थ नहीं है तथा रूपान्तरण के लिए योग्य नहीं है।

या

यद्यपि वह श्री से पीड़ित हैं फिर भी वह रूपान्तरण के लिए योग्य समझा गया है/समझी गयी है लेकिन रूपान्तरण के प्रयोजनार्थ उसकी आयु अर्थात् अगली जन्म की तारीख को उसकी वास्तविक आयु से वर्ष (शब्दों में) अधिक गिनी जानी चाहिए।

स्थान :

जाँचकर्ता चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर व पद

तारीख :