

कोष के नियमों के अन्तर्गत नामित द्वारा अनुग्रह के लिए आवेदन  
APPLICATION FOR EX-GRATIA BY NOMINEE  
UNDER THE RULES OF THE FUND

प्रति प्रशासक

The Administrator,

यूनियन बैंक मृतक कर्मचारी राहत कोष,

'Union Bank Employees' Death Relief Fund,

वेतन अनुभाग Salary Section,

केंद्रीय कार्यालय CENTRAL OFFICE

गृहको सदस्यता क्रमांक :-

DRF Membership No. :-

कर्मचारी क्रमांक :-

Employee No. :-

मृत्यु कर्मचारी जिस शाखा/कार्यालय में अन्त में कार्यरत था उन शाखा  
प्रबंधक/विभाग प्रमुख के माध्यम से आवेदन प्रस्तुत होगा  
APPLICATION TO BE SUBMITTED THROUGH THE BRANCH  
MANAGER/DEPARTMENTAL HEAD OF BRANCH / OFFICE  
WHERE THE DECEASED EMPLOYEE HAS LAST WORKED

माननीय महोदय Dear Sir,

स्वर्गीय \_\_\_\_\_ के नामित (नामिनी) की हैसियत से जो कि  
कोष के सदस्य थे और मृत्यु दिनांक \_\_\_\_\_ को हो गयी, मैं यूनियन बैंक-मृतक कर्मचारी राहत कोष के नियम 9 के साथ  
नियम (3) के अन्तर्गत अनुग्रह भुगतान के लिए आवेदन करता/करती हूँ, जिसका कि मैं पात्र हूँ. मेरे दावे से संबंधित आवश्यक विवरण निम्नवत हैं.

I beg to apply for payment of ex-gratia to which I am entitled under Rule 3 read with Rule 9 of Union  
Bank Employees Death Relief Fund, as a nominee of late \_\_\_\_\_  
who was a member of the fund and died on \_\_\_\_\_. Necessary Particulars relating to  
my claim are given in the statement below :

विवरण STATEMENT

- I 1. पूरा नाम Name in Full
2. पता Address
3. विभाग/शाखा/अनुभाग (जहां अन्त में कार्यरत था)  
Department/Branch/Section where last employed. :
4. धारित पद Post held :
5. नियुक्ति तिथि Date of Appointment :
6. मृत्यु दिनांक और उससे संबंधित साक्ष्य/प्रमाण  
Date of death of the employee and evidence/  
Witness in support thereof :
7. प्रथम मासिक अंशदान के भुगतान का माह  
Month of payment of first monthly contribution :
8. अन्तिम मासिक अंशदान के भुगतान का माह  
Month of payment of last monthly contribution
9. नामित/विधिक वारिस  
Nominee/Legal Heirs

II मैं घोषणा करता हूँ कि उल्लिखित विवरण मेरी जानकारी के अन्तर्गत सत्य एवं सही हैं.

I declare that the particulars mentioned in the above Statement are true and correct to the best of my knowledge.

भवदीय Yours faithfully,

\* शाखा प्रबंधक/विभाग प्रभारी का हस्ताक्षर  
Signature  
of the Branch Manager/Departmental Head

\* आवेदक के नामित का हस्ताक्षर अंगूठे का निशान  
Signature / Thumb Impression  
of the Applicant's Nominee

स्थान Place :

दिनांक Date :

(उन शाखा/कार्यालय के उपयोग के लिए जहां मृत/अपंग कर्मचारी अन्तिम समय कार्यरत था )

(For the use of Branch/Office where the deceased/disabled employee has last worked)

हमने उक्त सूचनाओं का सत्यापन किया है और उनके सही होने की पुष्टि करते हैं, हम नामित के हस्ताक्षर की वास्तविकता को प्रमाणित करते हैं.

We have verified the above information and confirm its correctness.

We certify the genuiness of the signature of the nominee.

हम प्रमाणित करते हैं कि

We also certify that

- आवेदक नियमों के अन्तर्गत पात्र हैं
- The Applicant is eligible under the Rules.
- आवेदन नियमों के कार्यक्षेत्र के अन्दर हैं.
- The Application is within the scope of the Rules.

शाखा प्रबंधक/विभाग प्रभारी का हस्ताक्षर

Signature of the Branch Manager/Departmental Head

शाखा/विभाग का नाम

Name of the Branch/Department

स्थान Place :

दिनांक Date :