

योजना तथा वास्तुकला विद्यालय: नई दिल्ली- 110002

SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE: NEW DELHI-110002

छुट्टी यात्रा रियायत की मंजूरी के लिए आवेदन पत्र APPLICATION FORM FOR GRANT OF LEAVE TRAVEL CONCESSION

1. सरकारी कर्मचारी का नाम, पदनाम और विभाग/अनुभाग
(स्पष्ट अक्षरों में) _____
Name, Designation and Dept./Section of the Government Servant _____
(in BLOCK letters)
2. मूल वेतन Basic Pay with Level (as per 7th pay commission) _____
3. क्या स्थायी या अस्थायी है नियुक्ति की तारीख के साथ
Whether permanent or temporary with date of appointment _____
4. जिस सरकारी कर्मचारी का जमानत बंध-पत्र सलंघ्न किया गया है उसका नाम और पदनाम (उन आवेदकों के मामले में जो अस्थायी हैं)
Name & Designation of Government Servant from which surety bond is attached (in case of applicants who are temporary) _____
5. स्वीकृत छुट्टी की प्रकृति और अवधि/बाहरयात्रा पर जाने की तारीख
Nature and period of leave Sanctioned/date of outward journey _____
6. ब्लाक वर्ष के लिए एलटीसी/एचटीसी पहले लिया गया है
Block year for which LTC/HTC has already been availed _____
7. किस ब्लाक वर्ष के लिए एलटीसी/एचटीसी चाहिए
Block year for which LTC/HTC is required _____
8. स्वयं को शामिल करते हुए परिवार के सदस्यों का विवरण
(नाम, आयु और सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध) इनके लिए
अग्रिम हेतु आवेदन किया गया है)
Particulars of the members of the Family (Including self) for whom advance is applied for (giving name, age and Relationship with the Government Servant) _____
9. (अ) पहले घोषित और स्वीकृत गृह नगर का नाम और समीपस्थ
रेलवे स्टेशन
Name of Home Town already declared and accepted with the nearest railway station _____
(ब) गृह नगर के आलावा घोषित स्थान जिसका दौरा किया जाना है
Declared place other than Home Town to be visited _____
10. परिवार के सदस्य की प्रत्याशित अनुपस्थिति की अवधि
Period of anticipated absence of the member of family _____
11. यात्रा का माध्यम Mode of Journey _____

12. निम्नलिखित परिकलन के अनुसार मांगी गई अग्रिम राशी:

Amount of advance applied for as per calculation shown below:

- (a) मुख्यालय से गृह नगर/स्थान जिसका दौरा किया जाना है, तक का एकल रेल/वायुयान किराया : _____
Single Railway/Air Fare from HQ to Home Town/Place to be visited
- (b) क्रम संख्या (क) की राशी का 10 प्रतिशत 10% of the amount of Sl. No. (a) _____
- (c) क्रम संख्या (ख) घटाने के बाद शेष राशी Balance after deducting Sl. No. (b) _____
- (d) कुल ग्राह्य अग्रिम Total advance as admissible _____

प्रमाणित किया जाता है कि Certified that:-

1. मैं और मेरे परिवार के सदस्य पहली बार ब्लाक वर्ष _____ के लिए छुट्टी यात्रा रियायत का लाभ उठा रहे हैं
I and my family member(s) am/is/are available travel concession for the first time during the Block year _____
2. परिवार के जिन सदस्यों के लिए छुट्टी यात्रा रियायत अग्रिम लिया गया है वे पूर्णतः मुझ पर निर्भर हैं और मेरे साथ रह रहे हैं
The family member(s) for whom travel concession advance has been claimed are wholly dependent and residing with me
3. यदि अग्रिम लेने के 30 दिन के भीतर यात्रा नहीं की जाती जय तो मैं तत्काल अग्रिम की राशी लौटाने का वचन देता हूँ
I promise to refund the above forthwith if the outward journey is not commenced within 30 days of the drawal of advance
4. मैं अग्रिम लेने के 10 दिन के भीतर आरक्षित की गयी रेल सीटों से संबंधित रेल टिकटों प्रमाण स्वरूप प्रस्तुत करने का वचन देता हूँ
I promise to produce the railway tickets within 10 days of the drawal of the advance in respect of the rail accommodations reserved as proof of the same
5. मैं जाने और आने की यात्रा हेतु लिए गए अग्रिम की आधी राशी सरकार को वापिस लौटाने का वचन देता हूँ यदि बाद में यह स्पष्ट होता है की मुख्यालय से अनुपस्थिति की अवधि 90 दिन से अधिक होने की सम्भावना है
I promise to refund the government, one half of the advance forthwith to who the advance has been drawn for both the outward and inward journeys and later if become clear that the period of absence from Headquarters is likely to exceed ninety days
6. (a) मेरे पति/मेरी पत्नी सरकारी सेवा में नियुक्त नहीं है, या
My husband/wife is not employed in Government Service; or
- (b) मेरे पति /पत्नी सरकारी सेवा में नियुक्त हैं और उन्होंने अलग से अपने लिए अथवा परिवार के किसी सदस्य के लिए संबंधित दो वर्ष के ब्लाक के लिए छुट्टी यात्रा रियायत का लाभ नहीं लिया है
My husband/wife is employed in Government Service and the concession has not been availed of by him/her separately for himself/herself or for any of the family members for the concerned block of two years
7. मेरी पत्नी/पति जिनके लिए एल टी सी लिया गया है वह _____ में नियुक्त है (सार्वजनिक शेष का उपक्रम/निगम/स्वायत्त निकाय आदि का नाम), जो छुट्टी यात्रा रियायत सुविधाएँ प्रदान करता है, परन्तु उन्होंने इस सुविधा का लाभ नहीं उठाया है और वह अपने नियोक्ता से इसके लिए कोई दावा प्रस्तुत नहीं करते
My wife/husband for whom LTC is claimed by me is _____ (name of the Public Sector Undertaking/Corporation/Autonomous Bodies etc.) which provides Leave Travel Concession facilities but he/she has not preferred and will not prefer any claim in this behalf to his/her employer
8. मेरी पत्नी/पति जिनके लिए एल टी सी लिया गया है, किसी सार्वजनिक शेष के उपक्रम/निगम/स्वायत्त सहायी निकाय में नियुक्त नहीं है, जो केंद्रीय सरकार अथवा एक स्थानीय निकाय द्वारा पूर्णतः अथवा आंशिक तौर पर वित्तपोषित है, और जो अपने कर्मचारियों तथा उनके परिवारों को एल टी सी सुविधाएँ प्रदान करता है
My wife/husband for whom LTC is claimed by me is not employed in any Public Sector undertaking Corporation Autonomous Bodies financed wholly or partly by the Central Government or Local Body, which provides LTC facilities to its employees and their families.

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of Government Servant)

अग्रिम FORWARDED

(विभागाध्यक्ष/नियंत्रक अधिकारी HOD/Controlling Officer)

स्थापना अनुभाग ESTABLISHMENT SECTION

योजना तथा वास्तुकला विद्यालय: नई दिल्ली- 110002

SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE: NEW DELHI-110002

प्रमाण-पत्र CERTIFICATE

मैं इसके द्वारा घोषित करता हूँ की मेरे परिवार के निचे दिए गए सदस्य नियुक्त नहीं है और वह/वे पूर्णत/ मुख्यत मुझ पर निर्भर है तथा वह/ वे सामान्यत मेरे साथ दिल्ली में रहते है

I hereby declare that the under mentioned member(s) of my family is/are not employed and wholly/mainly dependent upon me and that he/she /they normally reside with me in Delhi

क्र. स. Sl. No.	नाम Name	संबंध Relationship	आयु Age (Date of Birth)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

अधिकारी/कर्मचारी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
Signature/Thumb Impression of the Officer/Official

स्थान Place: _____

नाम Name: _____

तारीख Date: _____

पदनाम Designation: _____

(FOR USE OF ESTABLISHMENT SECTION ONLY)

Prof./Dr./Shri/Smt./Ms. _____ is eligible to avail LTC/HTC for the block year _____ for visit to _____ Accounts & Budget Section is required to indicate the amount admissible towards LTC Advance in respect to _____.

(Dealing Assistant)/

(FOR USE OF ACCOUNTS AND BUDGET SECTION ONLY)

A sum of Rs. _____ (Rupees _____ only) is admissible to _____ towards the LTC Advance.

(Dealing Assistant/Section Officer/Asstt. Registrar)

ESTABLISHMENT SECTION

Prof./Dr./Shri/Smt./Ms. _____ has submitted necessary certificate and is entitled for LTC Advance/Reimbursement under the rules.

A sum of Rs. _____ (Rupees _____ only) towards the LTC/HTC Advance may please be sanctioned.

Sanction may please be accorded to _____ for reimbursement of LTC/HTC claim.

(Dealing Assistant)

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME

MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(To be filled by the Principal Card holder/Claimant in BLOCK LETTERS)

1. (a) Name of the Principal CGHS Card Holder :
(b) CGHS Ben ID No. :
(c) CGHS Wellness Center to which the card is attached :
(d) Validity of CGHS Card :
(e) Ward Entitlement - Pvt./Semi-Pvt./General :
(f) Full Address :
(g) Mobile telephonic No. and e-mail address, if any :
2. (a) Patient's Name :
(b) Patient's CGHS Ben ID No. :
(c) Relationship with the Principal CGHS card holder :
3. Category of pensioner beneficiary - please specify :
(Central Govt. Pensioner/Pensioner of Autonomous/Statutory body/Ex- MP/ Ex-Governor/ Former Judge of Supreme Court/ Former Judge of High Court/Freedom Fighter/Legal Heir/Others)
4. Name & address of the hospital / diagnostic center / imaging center where treatment is taken or tests done:
5. Whether the hospital/diagnostic/imaging center is empanelled under CGHS : Yes/No
6. Treatment for which reimbursement claimed
(a) OPD/Test & Investigations :
(b) Indoor Treatment :
7. Whether credit facility was availed. If not, reasons thereof (clarification may be attached) :
8. Whether treatment was taken in emergency : Yes/No
9. Whether prior permission was taken for the treatment : Yes/No
10. Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, if yes, amount claimed/received : Yes/No
11. Total amount claimed :
(a) OPD Treatment :
(b) Indoor Treatment :
(c) Tests/investigation :
12. Name of the Bank : SB A/c No. :
Branch MICR Code: : IFSC Code:

DECLARATION

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I am a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

Date:

Place:

Signature of the Principal CGHS card holder / Claimant

Documents to be attached

1. Photo copy of the CGHS card of the principal card holder along with the patient's CGHS Card.
2. Copy of permission letter, if any.
3. Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. Copy of the discharge summary.
5. Ambulance Certificate (original), if any.
6. Original bills / cash memo / vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

IMPORTANT

Kindly ensure to provide the following information / documents, wherever applicable:

- a) Obtain Break up of Investigations from the hospital/diagnostic center/imaging center (details and rates of individual tests and the exact number of tests, X-ray films, etc.) as the reimbursable amount is calculated as per approved rates per test.
- b) In case of loss of original papers, Affidavits as per Annexure I to be submitted. All photocopies of the bills to be attested by the treating doctor/specialist.
- c) In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement.
- c) In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.
- d) In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
- e) In case of replacement of pacemaker / ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker / ICD may be enclosed.

Note: Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action including cancellation of CGHS card may be taken in case of willful suppression of facts or submission of false claims / statements.

केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

(प्रमुख कार्ड धारक द्वारा ब्लॉक लेटर में भरा जाना है)

**CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME
MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM**

(To be filled up by the Principal Card holder in BLOCK LETTERS)

1. (ए) प्रधान सीजीएचएस कार्ड धारक का नाम और:

पदनाम:

(बी) सीजीएचएस बेन आईडी नंबर:

(सी) कर्मचारी कोड संख्या:

(डी) वार्ड पात्रता - निजी/अर्ध-निजी/सामान्य:

मूल वेतन (ग्रेड वेतन को छोड़कर):

(ई) पूरा पता:

(एफ) मोबाइल टेलीफोन नंबर और ई-मेल पता, यदि कोई हो:

1. (a) Name of the Principal CGHS Card Holder & :
Designation :
(b) CGHS Ben ID No. :
(c) Employee Code No. :
(d) Ward Entitlement -Pvt./Semi-Pvt./General :
Basic Pay (excluding Grade Pay) :
(e) Full Address :
(f) Mobile telephone No. and e-mail address, if any:

2. (ए) मरीज का नाम :

(बी) मरीज का सीजीएचएस बेन आईडी नंबर :

(सी) प्रधान सीजीएचएस कार्ड धारक के साथ संबंध :

2. (a) Patient's Name :

(b) Patient's CGHS Ben ID No. :

(c) Relationship with the Principal CGHS card holder :

3. अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर का नाम और पता

जहाँ उपचार किया जाता है या परीक्षण किए जाते हैं :

3. Name & address of the hospital/ diagnostic centre /
imaging centre where treatment is taken or tests done:

4. क्या अस्पताल/डायग्नोस्टिक इमेजिंग सेंटर सीजीएचएस
के तहत सूचीबद्ध है

4. Whether the hospital/diagnostic imaging centre :
is empanelled under CGHS

5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है:

(ए) ओपीओ उपचार / परीक्षण और जांच

(बी) इनडोर उपचार

5. Treatment for which reimbursement claimed :

(a) OPO Treatment /Test & investigations

(b) Indoor Treatment

6. क्या आपातकालीन स्थिति में उपचार लिया गया था :
6. Whether treatment was taken in emergency :

7. क्या इलाज के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी:
7. Whether prior permission was taken for the treatment:

8. क्या आप किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता ले रहे हैं, यदि हाँ, तो दावा की गई/प्राप्त राशि :
8. Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, If yes, amount claimed/received :

9. लिए गए चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई हो :
9. Details of Medical Advance taken, if any :

10. दावा की गई कुल राशि
(ए) ओपीओ उपचार
(बी) इनडोर उपचार
(सी) परीक्षण/जांच
10. Total amount claimed
(a) OPO Treatment
(b) Indoor Treatment
(c) Tests/Investigation

11. बैंक का नाम: _____
शाखा एमआईसीआर कोड: _____
11. Name of the Bank: _____
Branch MICR Code _____

एसबी खाता संख्या: _____
आईएफएससी कोड: _____
SB A/C No.: _____
IFSC Code _____

घोषणा/DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिए गए बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है। मैं सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I am a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

तारीख:/Date:

जगह:/Place:

प्रधान सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर

Signature of the Principal CGHS card holder



योजना तथा वास्तुकला विद्यालय

SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE

संसद के एक अधिनियम के तहत एक "राष्ट्रीय महत्व का संस्थान"
An "Institution of National Importance" under an Act of Parliament
(शिक्षा मंत्रालय, भारत सरकार)/(Ministry of Education, Govt. of India)

4-ब्लाकबी - , इंद्रप्रस्थ एस्टेट, नई दिल्ली/4, Block-B, Indraprastha Estate, New Delhi -02

फ़ोन/Tel: 011-23702382-80, फ़ैक्स/Fax: 011-23702383 www.spa.ac.in

APPLICATION FORM FOR ALLOTMENT OF SPA STAFF QUARTER FOR TYPE _____

एस.पी.ए. स्टाफ क्वार्टर के आवंटन के लिए आवेदन पत्र टाइप _____

1.	आवेदक का नाम Name of Applicant	
2.	पद Designation	
3.	01.01.2024 को वेतन स्तर Pay Level as on 01.01.2024	
4.	01.01.2024 को मूल वेतन Basic Pay as on 01.01.2024	
5.	माँजूदा पद पर नियुक्ति की तिथि Date of appointment to the existing post	
6.	सेवानिवृत्ति की तिथि Date of retirement	
7.	नियुक्ति की प्रकृति (परिवीक्षा/स्थायी/अस्थायी) Nature of appointment (Probation/Permanent/Temporary)	
8.	विभाग/अनुभाग का नाम Name of Department/Section	
9.	(अ) आवेदक/पति/पत्नी/आश्रित बच्चों का दिल्ली या आसपास की नगर पालिका के भीतर अपना घर है या नहीं। Whether to applicant/Spouse/Dependent Children own house within Delhi or adjoining Municipality.	
	(ब) यदि हाँ, तो पता और किराये की आय बताएं If yes, indicate address and rental income.	

कृ.प्र.उ./P.T.O.

10.	कृपया अपने जीवनसाथी के कार्यालय का नाम और पता बताएं (यदि केंद्र सरकार/राज्य सरकार/स्वायत्त निकाय/ पीएसयू/किसी अन्य सरकारी कार्यालय में हैं) Please mention the Name & address of Office of your spouse (if in Central Govt./State Govt./Autonomous Body/PSU/any other Govt. offices)	
11.	आधार संख्या Aadhar Number	
12.	ई-मेल पता (यदि कोई हो) E-mail address (if any)	
13.	मोबाइल नंबर Mobile Number	

दिनांक/Date: _____

(आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of Applicant)

14.	अनुशंसित/अनुशंसित नहीं Recommended / Not Recommended	
15.	विशेष टिप्पणी, स्टाफ क्वार्टर के आवंटन के लिए आवेदक की पात्रता के अनुसार, यदि कोई हो Special remarks. If any, as to the Eligibility of the applicant for Allotment, of Staff Quarter	

अग्रोषण प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the forwarding Authority

नाम/Name: _____



योजना तथा वास्तुकला विद्यालय

SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE

संसद के एक अधिनियम के तहत एक "राष्ट्रीय महत्व का संस्थान"

An "Institution of National Importance" under an Act of Parliament
(शिक्षा मंत्रालय, भारत सरकार)/(Ministry of Education, Govt. of India)

4-ब्लाक- बी, इंद्रप्रस्थ एस्टेट, नई दिल्ली/4, Block-B, Indraprastha Estate, New Delhi -02

फ़ोन/Tel: 011-23702382-80, फ़ैक्स/Fax: 011-23702383 www.spa.ac.in

31 दिसंबर, 20____ को अचल संपत्ति रिटर्न का विवरण

STATEMENT OF IMMOVABLE PROPERTY RETURN AS ON 31ST DECEMBER, 20

1. अधिकारी का नाम (पूरा) Name of Official (in full) : _____
2. पदनाम/Designation : _____
3. विभाग/अनुभाग/Department/Section : _____
4. वर्तमान वेतन/Present Pay : रु. _____ ग्रेड वेतन/स्तर/Grade Pay/Level _____

जिला, उप-मंडल, तालुक और गांव या शहर का नाम जिसमें संपत्ति स्थित है (पूरा स्थान और डाक पता)/ Name of District, Sub-Division, Taluk & Village or City in which property is situated (full location & postal address)	नाम एवं विवरण संपत्ति, आवास, भूमि और अन्य भवनों का/ Name & details of Property, Housing, Lands and Other Buildings	घर के मामले में भूमि सहित निर्माण/अधिग्रहण की लागत (और खरीदने का वर्ष)/Cost of construction/ Acquirement (and year when purchased) including of land in case of house (INR)	वर्तमान मूल्य*/ Present Value * (INR)
(1)	(2)	(3)	(4)

यदि स्वयं के नाम पर नहीं है, तो बताएं कि यह किसके नाम पर है और उसका सरकारी कर्मचारी से क्या संबंध है/If not in own name, state in whose name held & his/her relationship to the Govt. Servant	कैसे अर्जित किया गया, चाहे खरीद, पट्टे**, बंधक, विरासत, उपहार या अन्यथा के साथ अधिग्रहण की तारीख, नाम और उन व्यक्ति(यों) का विवरण जिनसे अर्जित किया गया/How acquired, whether by purchase, lease **, mortgage, inheritance, gift or otherwise with date of acquisition & name with details of person(s) from whom acquired	संपत्ति से वार्षिक* आय/Annual Income from property (INR)	टिप्पणी/Remarks
(5)	(6)	(7)	(8)

हस्ताक्षर/Signature: _____

नाम/ Name : _____

पदनाम/Designation: _____

दिनांक/ Date : _____

नोट: कृपया फॉर्म भरने से पहले पढ़ें/Note: Please read before filling up the form

- * ऐसे मामले में जहां मूल्य का सटीक आकलन करना संभव नहीं है, वर्तमान स्थितियों के संबंध में अनुमानित मूल्य दर्शाया जा सकता है।/* In case where it is not possible to assess the value accurately, the approximate value in relation to present conditions may be indicated.
- ** इसमें अल्पावधि पट्टे भी शामिल हैं।** Includes short term leases also.
- आचरण नियमों के प्रासंगिक प्रावधानों के तहत नियमित सेवाओं में योजना तथा वास्तुकला विद्यालय, नई दिल्ली के प्रत्येक संकाय सदस्यों और स्टाफ सदस्यों द्वारा सेवा में पहली नियुक्ति और उसके बाद के अंतराल पर घोषणा पत्र भरना और जमा करना आवश्यक है। हर बारह महीने में, उसके स्वामित्व वाली, उसके द्वारा अर्जित या विरासत में मिली या पट्टे या बंधक पर उसके द्वारा रखी गई सभी अचल संपत्ति का विवरण देना, या सरकारी कर्मचारी के अपने नाम पर या उसके परिवार के किसी सदस्य के नाम पर या किसी अन्य आश्रित व्यक्ति के नाम पर।
The declaration form is required to be filled in and submitted by every faculty members and staff members of School of Planning and Architecture, New Delhi in regular services under relevant provisions of Conduct Rules and the first appointment in the Service and thereafter, at the interval of every twelve months, giving particulars of all immovable property owned, acquired or inherited by him or held by him on lease or mortgage, either in his own name or in the name of any member of his family or in the name of any other person dependent on Government Servant.
- 'कोई परिवर्तन नहीं' या 'कोई वृद्धि नहीं' या 'पिछले वर्ष की तरह' शब्दों से बचा जा सकता है और सभी विवरण भरे जा सकते हैं/ The wording 'No Change or No Addition or as in previous year' may be avoided and all details filled up.

SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE: NEW DELHI-2

PROFORMA

(See O.M.No.11013/7/2004-Estt. (A), dated 5.10.2004 of GOI, Deptt. of per. And Trg.)

Name and Designation	Passport No.	Period		Name of Foreign Countries to be visited	Purpose	Estimated Expenditure (Travel, board/ lodging, visa, misc. etc.)	Source of Funds	Details of previous private foreign travel, if any undertaken during the last one year	Remarks
		From	To						

Signature of Applicant

Controlling Officer/HOD/DOS/Director



योजना तथा वास्तुकला विद्यालय

SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE

संसद के एक अधिनियम के तहत एक "राष्ट्रीय महत्व का संस्थान"

An "Institution of National Importance" under an Act of Parliament

(शिक्षा मंत्रालय, भारत सरकार)/(Ministry of Education, Govt. of India)

4-ब्लॉक- बी, इंद्रप्रस्थ एस्टेट, नई दिल्ली/4, Block-B, Indraprastha Estate, New Delhi - 02

फ़ोन/Tel: 011-23702382, फ़ैक्स/Fax: 011-23702383 www.spa.ac.in

अध्ययन अवकाश के लिए आवेदन

APPLICATION FOR SABBATICAL/STUDY LEAVE

(संकाय सदस्य के छुट्टी पर जाने की उम्मीद से कम से कम छह सप्ताह पहले आवेदन किया जाना चाहिए)

(To be applied at least six weeks, before the faculty member is expected to proceed on leave)

1. नाम/Name : _____
2. पदनाम एवं विभाग/केंद्र/
Designation & Department/Centre : _____
3. स्कूल में शामिल होने की तिथि/
Date of joining the School : _____
4. स्थायी या अस्थायी/
Whether permanent or temporary : _____
5. क्या छह वर्ष की निरंतर सेवा पूरी हो गई है
(नियमों में परिभाषित अनुसार बिना किसी रुकावट के)/
Whether completed six years of continuous service
(without any break as defined in the rules) : _____
6. क्या सेवानिवृत्ति की आयु प्राप्त हो जायेगी
तीन साल के अंदर (सामने के गुण-बोध के आधार पर छूट दी जा
सकती है वे कर्मचारी जिन्होंने 20 वर्षों से अधिक समय तक काम
किया है स्कूल में सेवा ली है और कोई भी नहीं लिया है इस अवधि
के दौरान विश्राम अवकाश)/
Whether the age of superannuation will be attained
Within three years (Relaxable on the merits of the case
in respect of Staff who have put in more than 20 years of
Service in the School and have not taken any Sabbatical
Leave during this period) : _____
7. विशेषज्ञता/अनुसंधान रुचियों का क्षेत्र/
Field of specialization/research interests : _____
8. जिस उद्देश्य के लिए छुट्टी आवश्यक है/
Purpose for which leave is required : _____
 - (a) अग्रिम अध्ययन/अनुसंधान या अन्य कार्य करना/
To undertake advance studies/research or other : _____
 - (b) पाठ्य पुस्तकें, मानक कार्य और अन्य साहित्य लिखना/
To write text books, standard works and other Literature : _____
 - (c) औद्योगिक प्रतिष्ठानों के तकनीकी विभागों में काम का दौरा करना या
सरकार या उनमें देशेतर अनुभव प्राप्त करे विशेषज्ञता के संबंधित क्षेत्र/
To visit work in industrial concerns technical Departments
or Government or gain professional experience in their
respective fields of specialization : _____
 - (d) किसी विश्वविद्यालय, उद्योग या सरकारी अनुदान का दौरा करना या
काम करना भारत और विदेशों में प्रयोगशालाएँ/ : _____

To visit or work in a University, Industry or Government
Grant Laboratories in India and abroad

9. (a) कार्यभार की प्रकृति फेलोशिप/छात्रवृत्ति/विजिटिंग टीचिंग
कार्यभार/नियमित रोजगार या कोई अन्य (निर्दिष्ट किया जाए)
Nature of assignment Fellowship/Scholarship/Visiting Teaching
Assignment/regular employment or any other (to be specified) _____
- (b) प्रस्तावित अनुसंधान/प्रशिक्षण अन्य शैक्षणिक गतिविधि का विवरण
एवं कार्यक्रम/ Details and programme of Research/training
other academic activity proposed to be taken _____
10. क्या कार्यभार का अनुसंधान एवं विकास या उस विभाग/केंद्र की किसी अन्य गतिविधि से कोई प्रासंगिकता है जिसमें आप कार्यरत हैं, हाँ, बताएं
कि जहाँ तक शैक्षणिक/अनुसंधान हितों का संबंध है तो इससे आपको और स्कूल को कैसे लाभ होगा।
Does the assignment has any relevance to R&D or any other activity of the Department/Centre in which you are employed
yes, indicate how it will benefit you and the School as far as academic/research interests are concerned.
11. कार्यभार के लिए दिए गए वित्तीय लाभ/समर्थन का विवरण उदा. वेतन/अध्येतावृत्ति/छात्रवृत्ति आदि के रूप में प्राप्त होने वाली राशि, प्रतिदिन
भत्ता, तदर्थ मानदेय, यात्रा अनुदान कोई अन्य शैक्षणिक विचार और; सहायता फौन प्रदान कर रहा है?
Details of financial benefits/support offered for the assignment e.g. amount to be received as salary/fellowship/Scholarship
etc., per diem allowance, ad-hoc honorarium; travel grant any other momentary consideration and; who is providing the
support?
12. ऐसे कार्य के लिए पहले प्राप्त विद्याम/अध्ययन अवकाश और अन्य अवकाश का विवरण:
Details of Sabbatical/Study Leave and other leave availed previously for such assignment:

छुट्टी की प्रकृति/Nature of Leave

- i) Sabbatical Leave : _____
- ii) अध्ययन अवकाश/Study Leave : _____
- iii) असाधारण अवकाश/Extra Ordinary Leave : _____

13. Period of Sabbatical/Study Leave and other leave requested:

छुट्टी की प्रकृति/Nature of Leave

- i) अध्ययन अवकाश/
Sabbatical Leave/Study Leave : _____
- ii) अर्जित अवकाश/एचपीएल (पूर्वयोजन/अनुयोजन लगाया जाए)/
Earned Leave/HPL (To be prefixed/suffixed) : _____
- iii) असाधारण अवकाश (पूर्वयोजन/अनुयोजन लगाया जाए)/
Extra Ordinary Leave (To be prefixed/suffixed) : _____

14. क्या आप छुट्टी की अवधि के दौरान शोध छात्रों का मार्गदर्शन करना चाहते हैं? : _____
Whether you desire to guide research students during the period
of leave

15. क्या आप छुट्टी पर लौटने पर न्यूनतम तीन वर्ष की अवधि के लिए
स्कूल में सेवा करने के लिए निर्धारित प्रपत्र में एक बांड प्रस्तुत करने का
बचन देते हैं? (उन कर्मचारियों के मामले में लागू जिन्होंने 20 वर्ष से कम
सेवा की है)/Whether you undertake to furnish a Bond, in the
Prescribed form, to serve the School for a minimum Period of
three year on return to duty? (Applicable in case of staff who
have put in less than 20 years of service) : _____

दिनांक/Dated _____

(आवेदक के हस्ताक्षर)
(Signature of the applicant)

Remarks/recommendations of the Head of the Department/Centre

- i) * विभाग/केंद्र में संकाय सदस्यों की संख्या/ _____

- No of faculty members in the Department/Centre
- ii) * किसी भी समय विभाग/केंद्र से बाहर रहने वाले संकाय की निम्नलिखित सीमा के तहत उपलब्ध स्लॉट की संख्या/
No. of slots available under prescribed limit of faculty being out of the Department/Centre at any given time : _____
- iii) * पहले से प्रतिबद्ध स्लॉट की संख्या और उसका विवरण जैसे संकाय के नाम, छुट्टी/यात्रा की अवधि आदि/
No. of slots already committed and details thereof e.g. Names of faculty period of leave/visit etc. : _____
- iv) * क्या असाइनमेंट विभाग/केंद्र या संबंधित संकाय सदस्य के शैक्षणिक/अनुसंधान हितों में हो सकता है जैसा कि उनके द्वारा क्रमांक (बी) में बताया गया है/
Will the assignment can be in the academic/research interests of the Department/Centre or the faculty member concerned as stated by him at Serial (B). : _____
- v) * क्या शिक्षण या परियोजना प्रतिबद्धताओं की देखभाल के लिए व्यवस्था की जा सकती है?
Can arrangements be made to take care of the teaching or Project commitments? : _____
- vi) * सिफारिशें/recommendations : _____

* पूरा होना। जब अधिक तीन माह से अधिक हो जाए/To be completed. When the period exceeds three months.

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर
Signature of Head of Department

दिनांक/Dated _____

फॉर्म 3/FORM 3
(नियम 54(12) देखें)/(See Rule 54(12))
परिवार का विवरण/DETAILS OF FAMILY

सरकारी कर्मचारी का नाम/Name of the Government Servant :

पद का नाम/Designation :

जन्म तिथि/Date of Birth :

नियुक्ति की तिथि/Date of appointment :

मेरे परिवार के सदस्यों का विवरण/Details of the members of my family as on :

क्र.सं/ Sl.No.	"परिवार" के सदस्यों के नाम/ Name of the Members of "Family"	जन्म तिथि/ Date of Birth	अधिकारी से संबंध/ Relationship with the Officer	क्या आश्रित/स्वतंत्र है (यदि आश्रित है तो मासिक आय विवरण, पैन कार्ड, आधार कार्ड दें)/ Whether dependent/Independent (If dependent give monthly income details, Pan Card, Aadhar Card)	कार्यालय प्रमुख का प्रारंभिक नाम/ Initial of the Head of Office	टिप्पणी/ Remarks
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

मैं एतद्वारा लेखापरीक्षा अधिकारी/कार्यालय प्रमुख को किसी भी अतिरिक्त या परिवर्तन के बारे में सूचित करके उपरोक्त विवरण को अद्यतन रखने का वचन देता हूँ।
I hereby undertake to keep the above particulars up-to dates by notifying to the Audit Officer/Head of Office any addition or alteration.

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर)
(Signature of Government Servant)

दिनांक/Dated

योजना तथा वास्तुकला विद्यालय: नई दिल्ली-110002

SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE: NEW DELHI-110002

सेवानिवृत्त कर्मचारी से प्राप्त किया जाने वाला विवरण
(तीन प्रतियों में प्रस्तुत किए जाने के लिए)

PARTICULARS TO BE OBTAINED FROM THE RETIRING EMPLOYEE

संयुक्त छायाचित्र / Joint Photo

1. कर्मचारी का नाम/Name of the employee : _____
2. (अ) जन्मतिथि/ Date of Birth : _____
(ब) सेवानिवृत्ति की तिथि/Date of Retirement: _____
3. विधिवत् अनुप्रमाणित नमूना हस्ताक्षर (संलग्न अलग पत्रक में प्रस्तुत किए जाने के लिए)*/The specimen signatures duly attested (to be furnished in the enclosed separate sheet)*
4. कर्मचारी के उनकी/पत्नी/पति के साथ पासपोर्ट आकार के संयुक्त छायाचित्रों की तीन प्रतियाँ
(संलग्न अलग पत्रक में प्रस्तुत किए जाने के लिए)/Three Copies of passport Size joint photo graphs of the Employee with his/her wife/husband (to be attested by Head of Office)
5. लम्बाई एवं निजी पहचान चिह्न का विवरण दर्शाने वाली विधिवत् अनुप्रमाणित दो पर्चियाँ
(संलग्न अलग पत्रक में प्रस्तुत किए जाने के लिए)/ Two slips showing the particulars of height and personal identification Marks-duly attested. (to be furnished in the enclosed separate sheet)
6. वर्तमान पता/Present address : _____
: _____
: _____
7. सेवानिवृत्ति के बाद पता**/Address after retirement** : _____
: _____
: _____
8. पेंशन आहरण का माध्यम क्या है
अथवा बैंक या मनीऑर्डर के द्वारा/Mode of drawal of pension Whether through Bank or Cheque or by Money Order
9. परिवार का विवरण***/Details of Family***

क्रमांक सं./Sl. No.	परिवार के सदस्यों का नाम/Name of the members of the family	जन्मतिथि/Date of Birth	आपत्तिका का संबंध/Relationship with the Officer	

मैं एतद्वारा वचन देता हूँ कि किसी भी परिवर्धन-परिवर्तन होने पर लेखा अधिकारी/कार्यालय प्रमुख को सूचना के द्वारा उपर्युक्त विवरण को अद्यतन करूँगा।/ I hereby undertake to keep the Above particulars up-to-date by notifying to Audit Officer/Head of Office any addition or alteration.

स्थान:/Place: _____

हस्ताक्षर:/Signature: _____

तिथि:/Date: _____

नाम बड़े अक्षरों में:/Name in block letters _____

पदनाम:/Designation: _____

क.प.उ./PTO

1.संदर्भ प्रथम पृष्ठ पर कॉलम 3 (अनुप्रमाणित हस्ताक्षर)/Reference Column 3 on First Page (Attested Signature)

_____ अपराहन में अधिवृत्ति/स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति आयु होने पर प्रो./डॉ./श्री/श्रीमती/सुश्री के अनुप्रमाणित हस्ताक्षर _____/Attested Signatures of Prof./Dr./Shri/Smt./Ms on attaining the age of Superannuation/Voluntary Retirement in the afternoon of _____

1. हस्ताक्षर/Signature: _____

2. हस्ताक्षर/Signature: _____

3. हस्ताक्षर/Signature: _____

1.संदर्भ प्रथम पृष्ठ पर कॉलम 5 (विवरण दर्शाते हुए)/Reference Column 5 on First Page (Showing the particulars)-

1. लंबाई/Height _____