

<b>भारत कोकिंग कोल लिमिटेड</b> एक मिनीरत्न कंपनी (कोल इंडिया लिमिटेड का एक अंग)		<b>Bharat Coking Coal Limited</b> A Miniratna Company (A Subsidiary of Coal India Limited)
---------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

प्रपत्र/ PROFORMA-II

**भाग/PART-I**

एन सी डब्ल्यू ए- III के खंड 10.4.3. के आलोक में सेवानिवृत्ति तथा उनके आश्रित के नियोजन हेतु चार प्रतियों में आवेदन  
Application for retirement and employment of dependent in lieu thereof in terms of para 10.4.3. of NCWA-III in Quadruplicate.

**प्रभावित कर्मचारी का विवरण/ Particulars of Employee Suffering from**

- क.** नाम (स्पष्ट अक्षरों में)/ Name (in block letters) : .....
- ख.** पदनाम/ Designation : .....
- ग.** पदस्थापना स्थल/ Place of posting : .....
- घ.** प्रारंभिक नियुक्ति की तिथि/ Date of initial appointment : .....
- ड.** जन्मतिथि/उम्र/ Date of birth age : .....
- च.** सेवा निवृत्ति- अधिवर्षिता की तिथि/  
Date of retirement-superannuation : .....
- छ.** सीएमपीएफ सं./ CMPF No. : .....
- ज.** मेडिकल बोर्ड द्वारा मेडिकल जांच की तारीख जिसमें कर्मचारी को स्थायी रूप से निःशक्त घोषित किया गया हो तथा नियोजन के लिए अयोग्य बताया गया हो, इसके साक्ष्य के रूप में मेडिकल बोर्ड की रिपोर्ट की छायाप्रति संलग्न की जाए  
Date of medical examination by the medical board which declared the permanent employee disabled and unfit for employment to be supported by Photostat copy of report of medical board.
- झ.** पता/ Address - अस्थायी/ Temporary : ग्राम/ Vill. .... डाकघर/ P.O. ....  
थाना/P.S. .... पिनकोड/ Pin code ....  
जिला/ Dist. ....
- स्थायी/ Permanent: ग्राम/ Vill. .... डाकघर/ P.O. ....  
थाना/P.S. .... पिनकोड/ Pin code ....  
जिला/ Dist. ....

**ञ.** पारिवारिक सदस्यों का विवरण/ Details of Family Members.

क्र. S.N.	नाम Name	उम्र Age	संबंध Relationship	वैवाहिक स्थिति Marital status	योग्यता Qualification	क्या नियोजित हैं Whether employed

(एनसीडब्ल्यूए- III के पारा 10.4.3 में उल्लिखित विवरण/Details mentioned at para 10.4.3. of NCWA-III)

**खंड/ PARA-II**

आश्रित का विवरण, जिसके नियोजन की मांग की जा रही है / Particulars of Dependent for whom Employment is being asked

- क.** पूरा नाम/ Name in full. : .....
- ख.** पिता/पति का नाम/ Father's / Husband's name : .....
- ग.** आवेदक (प्रार्थी) के साथ संबंध/ Relationship with the applicant : .....
- घ.** जन्मतिथि/उम्र/ Date of birth/age : .....
- ड.** योग्यता/ Qualification : .....

(मैट्रिक और उससे उपर के मूल प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करना आवश्यक है/ In case of matriculation and above Photostat copy of original certificate must be enclosed)

- च. अनुभव, यदि कोई हो/ Experience, if any. : .....
- (यदि कोई अनुभव हो तो उसके प्रमाणपत्र की अनुप्रमाणित छायाप्रति अवश्य संलग्न करें/Attested Photostat copy of experience certificate must be enclosed)
- छ. पहचान चिह्न/ Mark of identification. : .....

### आवेदक द्वारा घोषणा/ Declaration By The Applicant

1. एतद् द्वारा मैं ..... घोषणा करता हूँ कि क्र. सं. 'क' से 'छ' तक दी गई जानकारी सत्य है।  
I..... hereby give declaration that the information given from S. No, 'क' to 'छ' are true.
2. आगे मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि मैं ..... बीमारी से पीड़ित हूँ जिसकी पुष्टि प्रबंधन द्वारा किसी भी तरीके से की जा सकती है।  
I further confirm that I am suffering from ..... which may be examined by the management in any way, to satisfy the genuineness of my sickness.
3. मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री.....(आश्रित) मेरे/मेरी ..... है (संबंध दर्शाएं) और मैं एन सी डब्ल्यू- II के खंड 10.4.3 के आलोक में, अपनी स्वैच्छिक सेवा निवृत्ति के एवज में इनके नियोजन का प्रस्ताव देता हूँ।  
I certify that Sri..... (Dependent) is my..... (Indicate relationship) whom I offer employment in lieu of my voluntary retirement, in terms of para 10. 4. 3. of NCWA-II
4. मैं अपनी अस्वस्थता के संबंध में यह घोषणा करता हूँ कि मैं अपनी सेवा जारी रखने में असमर्थ हूँ और इसलिए मैं स्वयं एनसीडब्ल्यू – II के खंड 10.4.3. के आलोक में खुद को सेवानिवृत्त करने का प्रस्ताव देता हूँ।  
I give declaration on account of my ill health and the disease from which I am suffering I am not in a position to continue and hence propose retiring from service on my own and in terms of para 10. 4. 3. of NCWA-II

आवेदक के हस्ताक्षर, बायें हाथ के अंगूठे का निशान

Signature, LTI of the applicant

दिनांक/ Date : .....

दिनांक..... को मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किया।

Signature made in my presence on..... (Date)

पीओ/डब्ल्यूओ/एओ/प्रबंधक/ PO/WO/AO Manager

तिथि / Date : ..... मुहर/ Seal:.....

5. नियोजन से संबंधित विवरण/ उम्र आदि का अभिलेखों मिलान किया गया और इन्हें सही पया गया। नीचे अभिप्रमाणित फोटो चिपकाएं।  
Particulars of employment/age etc. verified from records and are found correct. Attested photo graph is affixed below.



पीओ/डब्ल्यूओ/एओ/प्रबंधक/ PO/WO/AO Manager

तिथि / Date : ..... मुहर/ Seal:.....

परियोजना पदाधिकारी .....को विचारार्थ प्रस्तुत ।  
Forwarded to the Project Officer .....for consideration.

**पीओ/डब्ल्यूओ/एओ/प्रबंधक/ PO/WO/AO Manager**

तिथि / Date : ..... मुहर/ Seal:.....

**परियोजना पदाधिकारी/ Project Officer**

**विभागीय प्रमुख**

**Departmental Head**

मैं एनसीडब्ल्यूए- II के खंड 10.4.3 के तहत इस मामले को डॉ..... पदनाम.....  
इकाई..... द्वारा की गए प्रारंभिक मेडिकल जांच रिपोर्ट के साथ विचारार्थ अग्रसारित कर रहा हूँ।  
I am forwarding the case together with preliminary medical examination report by Dr.....  
Designation .....Unit.....for consideration in terms of para 10. 4. 3. of NCWA-II

**एजेंट/प्रबंधक/परियोजना पदाधिकारी/ विभागाध्यक्ष**  
**Agent/Manager/Project Manager/HOD**

तिथि / Date : ..... मुहर/ Seal:.....

**महाप्रबंधक/ General Manager**

प्रथम दृष्टया मैं इस दीर्घकालीन बीमारी की सत्यता से सहमत हूँ और एनसीडब्ल्यू- II के खंड 10.4.3. के तहत इस आवेदन को दो प्रतियों में सीएमओ के माध्यम से निदेशक(का.) को विचारार्थ अग्रसारित कर रहा हूँ।  
On being prima facie satisfied about prolonged sickness, I am forwarding this application in duplicate in terms of para 10.4.3. of NCW-II for consideration on merit to Director (pers.) through C.M.O.

**कार्मिक प्रबंधक/ Personnel Manager**

दिनांक/Date मुहर/Seal

**महाप्रबंधक/ General Manager**

दिनांक/Date मुहर/Seal

**निदेशक (कार्मिक) / Director (Pers) :**

**टिप्पणी: इस प्रस्ताव के साथ प्रमाणपत्र/ शपथपत्र संलग्न किया जाए ।**

**N.B.: Certificate/Affidavits to be enclosed with the proposal.**

**क.** महिला आश्रित के प्रस्ताव के मामले में, इस प्रस्ताव के साथ नि:शक्त कर्मचारी की पत्नी द्वारा घोषित इस बात का शपथपत्र संलग्न किया जाय कि उन्हें कोई वयस्क पुत्र नहीं है।

In case of proposal of the female dependent affidavit sworn in by the widow of the disabled employee declaring that she has no adult son must be obtained and enclosed.

**ख.** अप्रत्यक्ष आश्रित अभ्यर्थी यथा छोटे भाई/विधवा बेटी/विधवा बहु या दामाद के नियोजन प्रस्ताव के मामले में, नि:शक्त कर्मचारी की पत्नी द्वारा घोषित इस बात का शपथपत्र संलग्न किया जाय कि यह मृत/ नि:शक्त कर्मचारी पर पूर्ण रूप से निर्भर था/थी।

In case of proposal of employment of the indirect candidate dependent namely younger brother /widowed daughter/widow daughter-in-law or son-in law affidavit sworn in by the widow of the disabled employee and she/he was almost wholly dependent on the earning of the disabled employee must be obtained and enclosed with the proposal.