

उप-बिल सं.
Sub-Bill No.

जी. ए. आर. - 14 (ए) / GAR - 14(A)

ख. नि. - 25 (ए) / T. R. - 25 (A)

दौरे के लिए यात्रा भत्ता बिल

Travelling Allowance Bill for Tour

टिप्पण :- इस बिल को दो प्रतियों में, एक संदाय के लिए और दूसरी कार्यालय प्रति के रूप में तैयार किया जाना चाहिए।

NOTE :- This Bill should be prepared in duplicate-one for payment and the other as office copy

भाग - क (सरकारी सेवक द्वारा भरा जाएगा)

PART - A (To be filled by the Government Servant)

- नाम / Name :
- पदनाम / Designation :
- वेतन / Pay :
- मुख्यालय / Head-quarters :
- की गई यात्रा/ यात्राओं के ब्यौरे और प्रयोजन / Details and purpose of Journey(s) performed :-

प्रस्थान / Departure			आगमन / Arrival			यात्रा की रीति और स्थान सुविधा का वर्ग Mode of travel and class of accommodation	संदत्त यात्रा भाड़ा Fare Paid		सड़क मील भत्ता के लिए दूरी कि. मी., में Distance in Kms. for road mileage	विश्राम की अवधि Duration of halt		यात्रा का प्रयोजन Purpose of Journey
तारीख Date	समय Time	से From	तारीख Date	समय Time	तक To		रु. Rs.	पै. P.		दिन Days	घंटे Hrs.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		

10. उन यात्रा/यात्राओं की विशिष्टियाँ, जिनके लिए सरकारी सेवक ने उस श्रेणी में जिसका वह हकदार है उच्चतर श्रेणी की स्थान सुविधा का उपयोग किया है।

Particulars of Journey(s) for which higher class of accommodation than the one to which the Govt. servant is entitled was used :-

तारीख Date	स्थानों का नाम / Names of Places		वाहन का प्रकार जिसका उपयोग किया गया है Mode of conveyance used	वह श्रेणी जिसका हकदार है Class to which entitled	वह श्रेणी जिसमें यात्रा की है Class by which travelled	उस श्रेणी का यात्रा भाड़ा जिसका हकदार है Fare of the entitled Class	
	से / From	तक / To				2	3
1	2	3	4	5	6	7	8

यदि उच्चतर वर्ग की स्थान सुविधा में की गई यात्रा/यात्राएं सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से की गई है तो मंजूरी की संख्या और तारीख लिखें।

NOTE :- If the Journey(s) by higher class of accommodation has been performed with the approval of the competent authority, the number and date of the sanction may be quoted.

11. रेल से जुड़े स्थानों के बीच सड़क से की गई यात्रा/यात्राओं के ब्योरे।

Details of journey(s) performed by road between places connected by Rail.

तारीख Date	स्थानों का नाम / Names of Places		संदत भाड़ा Fare Paid		अभ्युक्तियाँ Remarks
	से / From	तक / To			
1	2	3	4	5	6

12. लिए गए यात्रा भत्ता अग्रिम की रकम, यदि कोई हो

Amount of T. A. advance if any, drawn Rs. रु.

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है।

Certified that the information, as shown above is true to the best of my knowledge and belief.

तारीख / Date : _____

सरकारी सेवक के हस्ताक्षर
Signature of the Govt. Servant

भाग - ख (विल अनुभाग द्वारा भरा जाएगा)
PART - B (To be filled in the Bill Section)

यात्रा भत्ते मध्ये शुध्द हकदारी रु. वनत है जिसके ब्यारे नीचे दिए गए है ।
The net entitlement on account of travelling allowance works out to Rs. as detailed below

रेल / वायुयान / बस / स्टीमर यात्री भाड़ा
Railways / Air / Bus / Steamer fare.

..... कि. मी. @ के लिए सड़क मील भत्ता रु. (प्रति) कि. मी. की दर से
Road mileage for kms. @ P. Km.

दैनिक भत्ता / Daily Allowance

प्रति दिन की दर / per day

..... दिन / days @ Rs. रु. " "

..... " @ Rs. रु. " "

..... " @ Rs. रु. " "

..... " @ Rs. रु. " "

वास्तविक व्यय / Actual Expenses

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

कुल राशि
Gross Amount

वाउचर सं. तारीख के अनुसार लिए गए यात्रा भत्ता अग्रिम की रकम
अग्रिम की रकम यदि कोई हो, घटा दें Less amount of T.A., advance, if any, drawn-vide Voucher
No. Dated

शुध्द रकम
Net Amount

व्यय में विकलनीय है ।
The Expenditure is debitable to

लेपिक के आयक्षर
ils of Bill Clerk

आहरण और संवितरक अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Drawing and Disbursing Officer

प्रतिहस्ताक्षरित
Countersigned

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Controlling Officer

8. व्यक्तिगत चीज़ वस्तु के परिवहन प्रभार (धन रसीदें संलग्न करें) Transportation charges of personal effects (Money receipts to be attached)

तारीख Date 1	प्रकार Mode 2	स्थान / Station		भार कि. ग्रा में Weight in Kgs 5	दर Rate 6		राशि Amount 7		टिप्पणियां Remarks 8
		से / From 3	तक / To 4		रु. Rs	पै. P.	रु. Rs	पै. P.	
				योग / Total					

9. व्यक्तिगत वाहन के परिवहन प्रभार / Transportation charges of personal conveyance (Money receipt to be attached) :-

(क) परिवहन का प्रकार और वह स्थान जिस तक परिवहन किया गया
Mode of Transport and Station to which transported.

(ख) राशि / Amount

Rs. _____

10. लीं गई अग्रिम की राशि, यदि कोई है / Amount of advance, if any, drawn. Rs. _____

11. उस/उन यात्रा/यात्राओं की विशिष्टियां जिनके लिए सरकारी सेवक ने उस श्रेणी से जिसका वह हकदार है उच्चतर श्रेणी की वास सुविधा का उपयोग किया है। / Particulars of Journey(s) for which higher class of accommodation than the one to which the Government servant is entitled was used :-

तारीख Date 1	स्थानों का नाम / Name of Places		वाहन का प्रकार जिसका उपयोग किया गया है Mode of conveyance used 4	वह श्रेणी जिसके लिए हकदार है Class to which entitled 5	वह श्रेणी जिससे यात्रा की है Class by which travelled 6	उस श्रेणी का यात्रा भाड़ा जिसका वह हकदार है Fare of the entitled Class 7	
	से / From 2	तक / To 3				रु./Rs.	पै./P.

यदि उच्चतर श्रेणी की वास सुविधा में की गई यात्रा/यात्राएं सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से की गई है तो मंजूरी संख्या और तारीख लिखें।
If the Journey by higher class of accommodation has been performed with the approval of the Competent authority.No. and date of the sanction may be quoted.

12. रेल से जुड़े स्थानों के बीच सड़क से की गई यात्रा/यात्राओं के ब्योरे।

Details of journey(s) performed by road between places connected by Rail.

तारीख Date 1	स्थानों का नाम / Name of Places		संदत भाड़ा Fare Paid रु./Rs. 4	पै./P.
	से / From 2	तक / To 3		

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है।
Certified that the information, as shown above is true to the best of my knowledge and belief.

भाग - ख /PART - B

(विल अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / To be filled in the Bill Section)

यात्रा भत्ते मध्ये शुध्द हकदारी रु. बनते हैं जिसके ब्योरे नीचे दिए गए हैं ।
The net entitlement on account of travelling allowance works out to Rs. as detailed below :

- (क) रेल / वायुयान / बस / स्टीमर यात्रा भाड़ा
(a) Railways / Air / Bus / Steamer fare.
- (ख)कि. मी. @ के लिए सड़क मील भत्ता रु. (प्रति) कि. मी.....की दर से
(b) Road mileage for kms. @P. Km.
- (ग) स्थानान्तरण अनुदान
(c) Transfer Grant
- (घ) स्थानान्तरण आनुषंगिक दिन @ के लिए (महंगाई भत्ता)
.....रु. प्रति दिन की दर से
(d) Transfer incidentals
D.A. for.....days @ Rs.....per day
- (इ) व्यक्तिगत चीज वस्तु का परिवहन
(e) Transportation of personal effects
- (च) प्राइवेट वाहन का परिवहन
(f) Transportation of private conveyance

रु. / Rs.	पै./P.

कुल राशि
Gross Amount

- (छ) वाउचर सं.तारीख.....
के अनुसार लिए गए अग्रिम (अग्रिमों) की रकम अग्रिम की राशि यदि कोई हो, घटा दें ।
(g) Less amount of T.A., advance, if any,
drawn-vide Voucher(s),No.....Dated.....

शुध्द रकम
Net Amount

2. व्यय.....में विकलनीय है ।
The Expenditure is debitable to

बिल लिपिक के आद्यक्षर
Initials of Bill Clerk

आहरण और संवितरक अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Drawing and Disbursing Officer

प्रतिहस्ताक्षरित
Countersigned

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Controlling Officer

उप-बिल सं. / Sub Bill No. _____

छुट्टी यात्रा रियायत बिल / Leave Travel Concession Bill

_____ से _____ तक के वर्ष के ब्लाक के लिए छुट्टी यात्रा रियायत बिल

For the Block of year _____ to _____

टिप्पण यह बिल दो प्रतियों में तैयार किया जाना चाहिए। एक संदाय के लिए और दूसरी कार्यालय प्रति के रूप में।

NOTE :- This Bill should be prepared in duplicate-one for payment and the other as office copy.

भाग- क / PART- A

(सरकारी सेवक द्वारा भरा जाएगा / To be filled up by the Government Servant)

1. नाम / Name : _____
2. पदनाम / Designation : _____
3. वेतन / Pay : _____
4. मुख्यालय /Head-Quarters : _____
5. मंजूर की गई छुट्टी की प्रकृति और अवधि/ Nature and period of leave / sanctioned From _____ to _____
6. कुटुम्ब के उन सदस्यों की विशिष्टियां जिनकी बाबत छुट्टी यात्रा रियायत का दावा किया गया है।
Particulars of the members of family in respect of whom the L.T.C. has been claimed.

क्रम सं. S. No.	नाम Name	आयु Age	सरकारी सेवक से संबंध Relationship with the Govt. Servant
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

7. सरकारी सेवक और साथ ही उसके कुटुम्ब के सदस्यों द्वारा की गई यात्रा (यात्राओं) के व्यौरें।

Details of Journey(s) performed by the Government servant as well as members of his/her family

प्रस्थान / Departure		आगमन / Arrival		कि. मी. में दूरी Dis- tance in Kms.	यात्रा का प्रकार और उपयोग की गई श्रेणी Mode of travel and class of accommoda- tion used	भाडों की संख्या No. of Fares	संदत्त भाडा Fare Paid	टिप्पणियां Remarks
तारीख और समय Date and Time	से From	तारीख और समय Date and Time	तक To					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
							रु./Rs.	

8. ली गई अग्रिम की राशि यदि कोई है /Amount of advance, if any drawn, Rs..... रु.

9. उस /उन यात्रा / यात्राओं की विशिष्टियां जिनके लिए सरकारी सेवक ने उस श्रेणी से, जिसका वह हकदार है, उच्चतर श्रेणी में वास-सुविधा का उपयोग किया है / Particulars of journey(s) for which higher class of accommodation than the one to which the Govt. servant is entitled, was used (Sanction No. and date to be given.)

स्थान / PLACE		वाहन का प्रकार Mode of conveyance	वह श्रेणी जिसके लिए हकदार है Class to which entitled	वह श्रेणी जिसमें वास्तव में यात्रा की है Class by which actually travelled	भाडों की संख्या No. of Fares	संदत्त भाडा Fare Paid
से From	तक To					
1	2	3	4	5	6	7
						रू./Rs.

10. रेल से जुड़े स्थानों के बीच सड़क से की गई (यात्राओं) की विशिष्टियां ।
Particulars of Journey(s) performed by Road between places connected by Rail.

स्थानों का नाम / Name of Places		वह श्रेणी जिसके लिए हकदार है Class to which entitled	रेल भाडा Fare Paid
से / From	तक/ To		
1	2	3	4
			रू./Rs.

Certified that the :-

- उपरोक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है । और
Information, as shown above is true to the best of my knowledge and belief : and
- मेरा पति / मेरी पत्नी सरकारी सेवा में नियोजित नहीं है / मेरा पति / मेरी पत्नी सरकारी सेवा में नियोजित हैं, और अपने रियायात का उपभोग अलग से या स्वयं के लिए या कुटुम्ब के किसी भी सदस्य के लिए संबधित ब्लाक वर्ष के लिए नहीं किया है ।
That my husband / wife is not employed in Government service that my husband / wife is employed in Government service and the concession has not been availed of by him / her separately for himself / herself for any of the family members for the concerned block of years

(.....)

सरकारी सेवक के हस्ताक्षर
Signature of the Government Servant

तारीख / Date : _____

भाग - ख / PART - B

(बिल अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / To be filled in the Bill Section)

1. छुट्टी यात्रा रियायत की बाबत शुद्ध हकदारीरु. बनती है, जिसके ब्यौरे नीचे दिए गए हैं :-
The net entitlement on account of leave travel concession works out to Rs.
as detailed below :-

(क) रेल या वायुमान/बस/स्टीमर यात्रा भाडा रु.

(a) Railway / Air / Bus / Steamer fare :
Rs.....

(ख) वाउचर सं..... तारीख.....
के अनुसार ली गई अग्रिम की राशि घटा दें।

(b) Less Amount of advance drawn vide :
Rs.....

Voucher No..... Dated.....

शुद्ध रकम / Net Amount
Rs.....

2. व्ययमें विकलनीय है।

The expenditure is debitable to.....

बिल लिपिक के आद्यक्षर
Initials of Bill Clerk

आहरण और संवितरक अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Drawing & Disbursing Officer

प्रतिहस्ताक्षरित
COUNTERSIGNED

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Controlling Officer

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती / कुमारी
की सेवा पुस्तिका में आवश्यक प्रविष्टियां कर दी गई है।

Certified that necessary entries have been made in the Service Book of
Shri./Smt./Kum.....

सेवा पुस्तिका में प्रविष्टियों को सत्यापित करने के लिए
प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Officer authorized to attest
entries in the Service Book

L. T. C. CERTIFICATE
CERTIFICATES TO BE GIVEN BY THE CONTROLLING OFFICER

Certified :-

- (i) That Shri / Srimati / Kumari (Name of the Govt. Servant) _____
_____ has rendered continuous service for one year or more on the date of commencing the outward Journey.
- (ii) That necessary entries as required under para. 3 of the Ministry of Home Affairs O.M. No. 43/1/55-Ests. (A) Part II, dated 11th October, 1956 have been made in the Service Book of Shri. /Shrimati / Kumari _____

(Signature & Designation of the Controlling Officer)

CERTIFICATE TO BE GIVEN BY THE
GOVT. SERVANT

1. I have not submitted any other claim so far for Leave Travel Concession in respect of myself or my family members in respect of the block of the year 20_____ and_____
2. I have already drawn T. A. for the Leave Travel Concession in respect of a journey performed by me/my wife with_____ children. This claim is in respect of the journey performed by my wife / myself with_____ children none of whom travelled with the party on the earlier occasion.
3. I have not already drawn T. A. for the Leave Travel Concession in respect of a journey performed by me / my wife with_____ children /_____children. in respect of the block of two years 20 _____and 20 _____this claim is in respect of the journey performed by my wife / myself with_____ children/_____ children none of whom availed of the concession relating to that block.
4. I have already drawn T. A. for the Leave Travel Concession in respect of a journey performed by me in the year, 20_____ in respect of block of two year 20_____ and 20_____. This claim is in respect of the journey performed by me in the year 20_____. This is against the concession admissible once every year in a prescribed block for visiting home town as all the members of my family are living away from Place of work.
5. The journey has been performed by me /my wife with_____ children/_____ children to the declared home town viz.
6. That my husband / wife is not employed in Government.
That 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 memebtrs for the concerned block of two years.
7. Certified that my wife / husband for whom L.T.C. is claimed by me is employed in_____ (name of the Public Sector Undertaking / Corporation / Autonomous body, 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. Certified that my wife / husband for whom L.T.C. is claimed by me is not employed in any Public Sector Undertaking / Corporation / Automomous Body, financed wholly or partly by the Central Government or Local Body, which provides LTC facilities to its employees and their families.

Signature of the Govt. Servant.

स्थानान्तरण पर यात्रा भत्ते के अग्रिम हेतु आवेदन
APPLICATION FOR ADVANCE OF T.A. ON TRANSFER

1	नाम Name	_____
2	पदनाम Designation	_____
3	स्थायी/अस्थायी Whether temporary/permanent	_____
4	कार्यालय/स्थान जिसमें कार्यरत है Office/Station in which working	_____
5	मूल वेतन तथा ग्रेड वेतन Basic pay and Grade pay	_____
6	स्थान जहाँ स्थानान्तरित किया गया Station to which transferred	_____
7	संख्या तथा स्थानान्तरण आदेश की दिनांक No. and Date of the transfer order	_____
8	परिवार के सदस्यों का उनकी और उनके साथ सम्बंध सहित विवरण Details of family members along with their age and relationship	_____
9	अग्रिम की आवश्यकता जिसके लिये है Whether the advance is required for	_____
अ	स्वयं के लिये अथवा Self alone, or	_____
ब	स्वयं तथा परिवार के लिये Self and family ,or	_____
स	केवल परिवार के लिये Family alone	_____
10	आवश्यक अग्रिम की रकम Amount of advance required	_____

मैं घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दी गयी उपर्युक्त जानकारी सत्य है।
I declare that the particulars furnished above are correct.

स्थान
Station
दिनांक
Date

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Government servant

अवकाश के आवेदन का प्रारूप एस.आर-1

FORM OF APPLICATION FOR LEAVE S.R.1

टिप्पणी: मद संख्या 1 से 11 प्रत्येक प्रार्थी को भरनी चाहिए, चाहे वह राजपत्रित हो या अराजपत्रित

NOTE: Items 1 to 11 must be filled in by all applicants whether gazetted or non-gazetted.

1. प्रार्थी का नाम/ Name of applicant
2. पद/ Post held
3. विभाग/ Department, Office and Section
4. वेतन/ Pay
5. वर्तमान पद पर मिलनेवाला मकान भत्ता या अन्य प्रतिकार भत्ते/ House rent allowance, conveyance allowance, or other compensatory allowance drawn in the present post.
6. मांगी गयी छुट्टी की किस्म अवधि और उसके शुरू होने की तारीख/ Nature and period of leave applied for and date from which required.
7. रविवार और छुट्टी के दिन, यदि कोई हो, जिन्हें छुट्टी के पहले/बाद में जोड़ना चाहते हैं/ Sundays & Holidays if any, proposed to be prefixed/ suffixed to leave.
8. छुट्टी का कारण/ Ground on which leave is applied for
9. पिछली छुट्टी से लौटने की तारीख, उस छुट्टी की किस्म तथा अवधि/ Date of return from last leave, and the nature and period of that leave.
10. मेरा विचार अगामी छुट्टी में के खण्ड वर्षों के लिये छुट्टी यात्रा की रियायत लेने का है/ नहीं है। / I propose / do not propose to avail myself of Leave Travel Concession for the block years _____ during the ensuring leave.
11. छुट्टी के अवधि में रहने का पता/Address during leave period :

तारीख/
Date

12. नियंत्रण अधिकारी की टिप्पणी और/या सिफारिश
Remarks and / or recommendation of the Controlling Officer

तारीख/ Date :

प्रार्थी के हस्ताक्षर/signature of applicant

प्रार्थी का नाम/Name of
the applicant

पदनाम/Designation

छुट्टी की अनुमत्यता के बारे में प्रमाण पत्र Certificate Regarding Admissibility of Leave

प्रमाणित किया जाता है कि _____ से _____ तक _____ दिन के लिए नियमावली के नियम _____ के अधीन _____ (छुट्टी की किस्म) अनुमत्य है।

13. Certified that _____ (nature of leave) for _____ days, from _____ to _____ is, admissible under Rule _____ of the CCS (Leave) Rules, 1972.

तारीख/ Date

हस्ताक्षर/Signature

पदनाम / Designation

14. * संस्वीकृति देने वाले अधिकारी के आदेश
* Orders of the sanctioning authority:-

तारीख / Date

हस्ताक्षर / Signature

आकस्मिक अवकाश

Casual Leave

दिनांक:

सेवा में,
वरिष्ठ लेखापरीक्षा अधिकारी (प्रशासन)
कार्यालय प्रधान निदेशक वाणिज्यिक लेखापरीक्षा तथा
पदेन सदस- लेखापरीक्षा बोर्ड ,।
मुंबई-400 051

विषय: आकस्मिक अवकाश की स्वीकृति हेतु।

महोदय,

मुझे होने के कारण मैं दिनांक से तक दिन के
लिये कार्यालय आने में असमर्थ रहा/रही हूँ।

कृपया उक्त दिन के लिये मुझे आकस्मिक अवकाश की स्वीकृति प्रदान करें।

सधन्यवाद

भवदीय,

()

कार्यभार ग्रहण-प्रतिवेदन
JOINING REPORT

श्रीवा में

वरिष्ठ लेखापरीक्षा अधिकारी/प्रशासन
कार्यालय प्रधान निदेशक वाणिज्यिक लेखापरीक्षा तथा
पट्टेन सदस्य, लेखापरीक्षा बोर्ड - 1,
मुम्बई - 400 051

महोदय,

मैं दिनांक से तक दिनों के अवकाश पर
रहने के पश्चात् पूर्व/बाद की छुट्टी जिसे नियमित किया गया है, आज दिनांक
को कार्यालय में उपस्थित होकर अपना कार्यभार ग्रहण करता/करती हूँ।

1. चिकित्सक द्वारा प्रदत्त स्वस्थता प्रमाण-पत्र संलग्न है।
2. कार्यभार ग्रहण करने की तारीख

Sir,

I am to report my return to duty this office from my absence from.....
to be regularized from leave granted to me from.....to.....
with permission of prefix and suffix.

1. Fitness Certificate of Doctor is enclosed
2. Joined duty on

भवदीय,

()

पदनाम.....

**APPLICATION FOR ADVANCE OF
T.A. ON TOUR**

1. Name... .. _____
2. Designation _____
3. Whether permanent/Temporary _____
4. Office/Section in which working _____
5. Basic pay + NPA + SI... .. _____
6. Place to be visited and period of halt at
each station... .. _____

7. Purpose of tour... .. _____

8. Has the tour programme been approved
by competent authority? _____
9. Duration of journey (in days) _____
10. Rail/Road fare by the entitled class/class by
Which the Government servant proposes to
travel for both outward and inward journey _____
11. Daily allowance entitled -
 - (i) For journey period Rs. _____
 - (ii) For the halts Rs. _____
 - Total Rs. _____
12. Total T. A. + D. A. (10 + 11) _____
13. Amount of advance required _____
14. Whether any earlier advance is outstanding. If
So, the date on which T.A. bill was submitted _____

I declare that the particulars furnished above are correct.

Station:

Date:

Signature of the Government servant

APPLICATION FOR L.T.C. ADVANCE

1. Name of the official (in Block letters) _____
2. Designation and Staff No. _____
 (b) Permanent or Temporary
 [If not permanent, Surety Bond from a permanent official to be enclosed with the Application]
3. Unit/Office to which attached _____
4. Basic Pay + NPA + SI in the present Grade _____
5. Date of appointment in the Dept. _____
6. Place of home town as declared in the Service Book _____
7. Particulars of LTC availed for previous Block Years (i) Block Years _____
 (ii) Home Town _____
 (iii) Anywhere in India _____
8. Block year for which now proposed to avail _____
9. Whether avails CL or EL (Nature of leave to be mentioned) _____
10. Whether LTC advance already taken has been settled in full or pending settlement, date of the settlement of the previous case _____
11. Place of visit (farthest point) _____
12. Proposed Date of onward journey _____
13. Probable Date of return journey _____
14. Particulars of family members availing the facility -

Sl. No	Name	Relationship	Age	Whether dependent

15. Class of accommodation proposed to be availed in the Railway journey _____
16. Amount of advance required _____

Dated : _____

Signature : _____
 Designation : _____
 Staff No. : _____

APPLICATION FOR L.T.C. ADVANCE

1. Name of the official (in Block letters) _____
2. Designation and Staff No. _____
- (b) Permanent or Temporary
[If not permanent, Surety Bond from
a permanent official to be enclosed
with the Application]
3. Unit/Office to which attached _____

4. Basic Pay + NPA + SI in the present Grade _____
5. Date of appointment in the Dept. _____
6. Place of home town as declared in
the Service Book _____
7. Particulars of LTC availed for previous
Block Years (i) Block Years _____
- (ii) Home Town _____
- (iii) Anywhere in India _____
8. Block year for which now proposed to avail _____
9. Whether avails CL or EL
(Nature of leave to be mentioned) _____
10. Whether LTC advance already taken has
been settled in full or pending settlement,
date of the settlement of the previous case _____

11. Place of visit (farthest point) _____
12. Proposed Date of onward journey _____
13. Probable Date of return journey _____
14. Particulars of family members availing
the facility - _____

Sl. No.	Name	Relationship	Age	Whether dependent

15. Class of accommodation proposed to be
availed in the Railway journey _____
16. Amount of advance required _____

Dated : _____

Signature : _____

Designation : _____

Staff No. : _____

DECLARATIONS

I, _____, Hereby certify that the above particulars furnished by me are true and correct

I also undertake to refund the LTC advance in full immediately in case of failure to perform the proposed journey for which advance was taken.

I also declare that I will not visit other than the place mentioned in the application without obtaining prior approval of the competent authority.

I also agree to refund one half of the advance if the return journey could not be performed within 90 days from the date of the advance.

I also agree to credit forthwith to the office any excess amount of advance left with me for any reason whatsoever.

I also agree to produce evidence of purchase of tickets, etc., for myself/members of my family, as the case may be, for the forward journey within 10 days or before the commencement of the journey, whichever is earlier, from the date of drawing the advance. I am aware that failure to comply with the above requirement will entail recovery of the advance in one lumpsum from the next drawal of my salary, together with the penal interest @ 2½% over and above the normal interest.

I am aware that if I do not submit LTC bills within one month from the date of return journey the outstanding LTC advance is recoverable in one lumpsum from my next salary together with the penal interest @2½% over and above the normal interest.

I am also aware that my claim will be forfeited if I fail to submit the bills within 3 months from the date of completion of journey.

I also understand that if the LTC is availed for self, the cost is reimbursable only when the journey is performed after availing any kind of leave and not during week-end holidays/other holidays/RH alone.

Signature : _____

Designation : _____

Staff No. _____

REMARKS OF THE UNIT OFFICER

Forwarded. Official applied CL/EL as at Col. 9 and the same has been sanctioned.

Unit Officer

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME
CHECK LIST FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIMS

1. CGHS Token No. and place of Issue :
2. Validity of CGHS Card (For pensioners) & Entitlement : from _____ to _____
: Pvt / Semi Pvt / General
3. Full name of Card Holder (Block Letters) :
4. Status (Govt. Servant / Pensioner / Other) :
5. The following documents are submitted (Please tick (✓) the relevant column) :
 - (a) Medical 20C : From _____ : Yes / No
 - (b) Photocopy of CGHS Card : Yes / No
 - (c) Essentiality Certificate : Yes / No
 - (d) No. of original bills / vouchers have been verified : _____
 - (f) Copy of discharge summary : Yes / No
 - (g) Copy of Permission letter : Yes / No
 - (h) Whether the hospital has given breakup for lab investigations : Yes / No
 - (i) Original papers have been lost the following documents are submitted -
 - I. Photocopies of claim papers : Yes / No
 - II. Affidavit on Stamp Paper : Yes / No
 - (j) In case of death of card holder the following documents are submitted -
 - I. Affidavit on Stamp Paper by Claimant : Yes / No
 - II. No objection from other legal Heirs on Stamp papers : Yes / No
 - III. Copy of death certificate : Yes / No

Dated : _____

Signature of CGHS Card holder

Tel. No : (O)

(R)

E-mail :

Name of the Bank _____ Branch _____ S.B. A/c No. _____

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME
MEDICAL 2004 FORM FOR REIMBURSEMENT OF
MEDICAL CLAIMS OF CGHS BENEFICIARIES

Computer No. _____

(To be filled by the Claimant)

1. CGHS Token No. and place of issue :
2. Validity of CGHS Token Card & Entitlement : from _____ to _____
: Pvt. / Semi Pvt. / General
3. Full name of Card Holder (Block Letters) :
4. Full Address :
5. Telephone : (O) _____
(R) _____
6. E-mail address If, any :
7. Name of the Bank _____ Branch _____ S.B./Ac. No. _____
8. Name of the Patient & relationship with the card holder :
9. Status tick (✓) (Govt. Servant / Pensioner / Serving employee or pensioner of autonomous body / Member of Parliament / Ex-M.P. / Ex-Governor / Former Judge of Supreme Court / Former Judge of High Court / Freedom Fighter / Legal Heir / others)
10. Basic Pay / Basic Pension :
11. Name of the Hospital with Address :
(a) OPD treatment and investigations
(b) Indoor Treatment
12. Date of admission _____ Date of Discharge _____ (in case of Indoor Treatment only)
13. Total amount claimed :
(a) OPD Treatment
(b) Indoor Treatment
14. Details of Permission :
15. Details of Medical advance If, any :

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 dependant 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.

Dated :

Signature of CGHS Card Holder

Essentiality Certificate-cum-statement of expenditure certified by treating specialist (to be submitted in duplicate)

.....
(Strike out whichever is not applicable)

1. Name of the patient and relationship with card holder :

2. Details of Expenditure :

A. OPD Treatment Diagnosis

I) Name of the Hospital :

II) Total No. of Vouchers :

III) Amount claimed :

(indicate serial number of individual vouchers with name and address of the shops with date against each sub heading in a separate annexure wherever required)

	Amount Claimed	Amount admissible (for office use)
(a) Medicine	_____	_____
(b) Consultation Fees (specify number of consultations)	_____	_____
(c) Laboratory charges (Break-up in a separate annexure)	_____	_____
(d) Disposable Surgl-Sundries	_____	_____
(e) Special devices like hearing aid / artificial appliances etc. (Specify)	_____	_____
(f) Miscellaneous (Specify)	_____	_____
Total	_____	_____

(P.T.O.)

B. Indoor Treatment : Diagnosis _____

(To be marked N.A. wherever necessary)

(Details of Hospital Bill and other vouchers pertaining to the period of Indoor treatment)

(a) Name of the Hospital with address _____

(b) Period of Bill : From _____ To _____

(c) Amount Claimed :

(Indicate serial number of individual vouchers with name and address of the shops with date against each sub heading in a separate annexure wherever required)

	Amount Claimed	Amount admissible (for office use)
(i) Room Rent ICU / ICCU / Ward from _____ to _____	_____	_____
(ii) Charges for	_____	_____
a) O.T.	_____	_____
b) O.T. Consumables	_____	_____
c) Anaesthesia	_____	_____
d) Procedure	_____	_____
(iii) Medicines	_____	_____
(iv) Implants like pacemaker joint replacement Coronary stent etc. (details)	_____	_____
(v) Artificial devices (details)	_____	_____
(vi) Lab Charges (Break-up given in Annexure)	_____	_____
(vii) Spl. Nurse / Aya If any	_____	_____
(viii) Miscellaneous	_____	_____
Total	_____	_____

Signature of Claimant
Name in Block Letters
Address & Telephone No. If any.

1. Certified that the relevant bills / Vouchers have been verified by me and the expenditure shown above is correct and the treatment services provided are essential and minimum that required for the recovery of the Patient.
2. Certified that the services of special Nurse / Aya were required from _____ to _____ that were absolutely essential for the recovery of the Patient.
3. Specific procedure / operation performed was _____

Signature of the Treating Specialist
with official seal

Considered by Medical Superintendent of the Hospital
with seal (for Indoor treatment only).

Medical Charges Reimbursement Bill

बिल सं./ Bill No. _____

मंत्रालय / विभाग / कार्यालय / Ministry/Department/Office of : _____

मास / वर्ष के लिए / For the month /Year _____

लेखा शीर्ष / Head of account _____

क्रम सं. Sl No.	स्थापन अनुभाग और पदधारी का नाम Section of Establishment and name of the incumbent	कुल दावा Gross Claim	अग्रिम की वसूली Recovery of advance	शुद्ध संदेय रकम Net Amount payable	टिप्पणियां Remarks
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

संदाय के लिए अपेक्षित शुद्ध राशि रूप (शब्दों में) / Net amount required for payment (in words) Rupees _____

1. प्रमाणित किया जाता है कि मैंने अपना यह समाधान कर लिया है कि इस तारीख से 1 मास/ 2 मास/ 3 मास पहले लिखे गए बिलों में सम्मिलित राशि, उन को छोड़कर जिसके ब्यौरे नीचे दिए गए हैं, (जिसकी कुल राशि इस बिल से कटौति करके प्रतिसंदत्त कर दी गई है) उसमें नामित सरकारी सेवकों को संवितरित कर दी गई है और उनकी बिल की कार्यालय प्रतियों में, या एक अलग निस्तारण पंजी में ले ली गई है। प्रतिसंदत्त

1. Certified that I have satisfied myself that the amounts included in bills drawn 1 month / 2 months/ 3 months previous to this date, with the exception of those detailed below (of which the total amount has been refunded by deduction from this bill) have been disbursed to the Government servants therein named and their receipts taken in the office copies of the bill or in a separate acquittance roll.

2. वापस किए गए चिकित्सा प्रभारों के व्यौरे
स्थापन अनुभाग पदधारी का नाम
Details of Medical Charges Refunded
Section of Establishment and
Name of incumbent

अवधि/Period

राशि /Amount

3. प्रमाणित किया जाता है कि आवश्यकता प्रमाणपत्र,
रसीदें आदि इसके साथ संलग्न हैं।

संदाय प्राप्त किया हस्ताक्षर
Received payment Signature

Certified that Essentiality certificates,
receipts etc. are appended.

आहरण अधिकारी का पदनाम
Designation of Drawing Officer

पारित/ Passed for Rs.

वर्ष के लिए विनियोजन

र.
के लिए पारित इस बिल सहित व्यय

नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर

Appropriation For 20

Signature of the Controlling Officer

Expenditure including this bill

स्थान/ Station

पदनाम / Designation

तारीख / Dated

र. के संदाय के लिए पारित

Passed for payment of Rs. (Rupees)

चैक संख्या द्वारा संदाय / Payment through Cheque No.

वेतन और लेखा अधिकारी / PAY AND ACCOUNTS OFFICER
चैक द्वारा धन निकालने वाला आहरण और संवितरक अधिकारी / Cheque Drawing D.D.O.

तारीख / Dated

वेतन और लेखा कार्यालय (पश्चात्तवर्ती जांच) में प्रयोग के लिए
For Use in Pay and Accounts office
(Post Check)

चैक द्वारा धन निकालने वाला आहरण और संवितरक अधिकारी / Cheque Drawing D.D.O.

र. के लिए स्वीकृति / Admitted for Rs.

र. पर आपेक्ष / Objected to Rs.

आपेक्ष का कारण / Reasons for objection :

कनिष्ठ/ज्येष्ठ लेखापाल
Jr. Accountant

कनिष्ठ लेखा अधिकारी
Jr. A.O.

वेतन और लेखा अधिकारी
Pay and Accounts Officer

भारत सरकार का प्राधिकार
Authority vide Government of India

कार्मिक पी.जी.ए. एवं तथा पेंशन मंत्रालय, कार्मिक एवं प्रशिक्षण विभाग, नई-दिल्ली.
Ministry of Personal, P.G. and Pensions Department of Personal & Training New Delhi

आदेश संख्या. एन.ए-27012/02/2017-Estt.AL) 16 August, 2017

(यह आदेश दिनांक 1 जूलाई, 2017 से लागू होगा/This order shall be effective from 1st July, 2017)

संस्थान/स्कूल/विद्यालय के प्रमुख द्वारा प्रमाण पत्र CERTIFICATE FROM THE HEAD OF
INSTITUTION/SCHOOL

(संतान शिक्षा भत्ता के प्रतिपूर्ति हेतु/FOR REIMBURSEMENT OF CEA)

यह प्रमाणित किया जाता है, कि.....का दाखिला/नामांकन.....

It is certified that master/Kumari.....having, Admission No.....

जन्म तिथी.....पुत्र/पुत्री, श्री/श्रीमती.....

D.O.B.....Son/Daughter of Mr/Mrs.....

कक्षा.....विभाग.....रोल नः-.....में पढ रही है।

Was studying in class.....Sec.....Roll No.....

वर्तमान अकादमिक वर्ष.....सेतक स्कूल/विद्यालय का नाम.....

During the previous academic year from.....To.....School/institution,
namely.....

जिसका पंजीकरण क्रमांक.....एवं पाठ्यक्रम.....है।

Vide affiliation Regd.No./Code.....and Pattern.....Curriculum.

स्थान:-

Place:-

प्राचार्य के हस्ताक्षर

Singature of Principal

दिनांक:-

Date:-

(स्कूल की मुहर/Affix School Stamp)

भारतीय लेखापरीक्षा तथा लेखा विभाग
(Indian Audit and Accounts Department)

कार्यालय _____
Office _____

(सरकारी अधिकारी द्वारा यह विवरण अर्धवार्षिक आधार पर प्रशासन अनुभाग को प्रस्तुत करें)
(Statement to be furnished on half-yearly basis by the Government Office to Administration)

आवेदक का नाम:
Name of the Applicant: -.....

पदनाम:-
Designation

अनुभाग:-
Section

मुल वेतन(रूपये में) एव वेतन लेवल:-.....
Pay Level & Basic Pay (Rs):-.....

मैं यह प्रमाणित करती/करता हु कि मेरे द्वारा रूपये:-.....माह.....हेतु
समाचार पत्र खरीदने में खर्च किये गये है।

I Certify that I have spent Rs.....Newspaper(s) for the months of

i)जनवरी-जून 20.....
Jan-June 20.....

अथवा
OR

ii)जुलाई-दिसंबर 20.....
July-December-20.....

(किसी एक विकल्प को चिह्नित करें)

(only one option is to be ticked)

मैं यह घोषणा करता हूँ कि, 1) समाचार पत्र जिसके संबंध में प्रतिपूर्ति हेतु दावा किया गया है, उसकी खरीद मेरे द्वारा कि गई है। 2) धनराशि जिसकी प्रतिपूर्ति का दावा किया जा रहा है, उसका भुगतान वास्तविक रूप से मेरे द्वारा किया गया है एवं किसी अन्य स्रोत द्वारा उक्त के प्रतिपूर्ति का दावा नहीं किया गया है/जायेगा।

I further declare that i) The Newspaper (s) in respect of which reimbursement is claimed, is/are purchased by me. ii) The amount for which reimbursement is being claimed has actually been paid by me has not/will not be claimed by any other source.

दिनांक.....
Date.....

हस्ताक्ष
Signature

नाम
Name

प्रतिबंधित अवकाश
Restricted Holidays

सेवा में,

वरिष्ठ लेखापरीक्षा अधिकारी/प्रशासन
कार्यालय महानिदेशक वाणिज्यिक लेखापरीक्षा तथा
पदेन सदस्य लेखापरीक्षा बोर्ड-1,
मुंबई-440051.

विषय:- प्रतिबंधित अवकाश (आर.एच.) मंजूर करने के संबंध में।

महोदय,

मैं दिनांक.....को आयोजित.....के अवसर परदिन के लिए प्रतिबंधित
अवकाश लेना चाहता हूँ।

कृपया उक्त हेतु मुझे प्रतिबंधित अवकाश संस्वीकृत कर अनुगृहीत करें।

भवदीय,

(.....)