

मोबाइल सं./ Mobile Number

(केवल कार्यालय के प्रयोगार्थ) / For Office Use Only

दावा संख्या / Claim I.D. ....

निकासी परिलाभ / योजना प्रमाणपत्र के दावे हेतु प्रयोग किया जाने वाला प्रपत्र 10 सी  
**FORM 10C FOR CLAIMING WITHDRAWAL BENEFIT/SCHEME CERTIFICATE**

कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 EMPLOYEES' PENSION SCHEME, 1995

प्रपत्र भरने से पहले निर्देशों को पढ़ें / (Read the instructions before filing up this form)

यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है। WITHDRAWAL BENEFIT IS NOT ADMISSIBLE IF MEMBERSHIP IS LESS THAN 180 DAYS EXCLUDING NON CONTRIBUTING PERIOD

1. (क) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Name of the Member (In Block Letters): \_\_\_\_\_  
(ख) दावेदार का नाम  
Name of the claimant (s): \_\_\_\_\_

2. जन्मतिथि / Date of Birth (dd/mm/yyyy)

3. पिता का नाम / Father's Name \_\_\_\_\_  
पति का नाम Husband's Name (If applicable) \_\_\_\_\_

4. स्थापना का नाम व पता जिसमें सदस्य अंत में नियोजित था। /  
Name & Address of the  
Establishment in which,  
the member was last employed \_\_\_\_\_

5. कोड सं. तथा खाता सं. क्षेत्र / का कोड स्थापना की कोड सं. खाता सं.  
Code No. & Account No. Region/Off Code Estt. Code No. A/c No.

5A) कार्यारंभ तिथि / Date of Joining the Estt. \_\_\_\_\_

6. सेवा छोड़ने का कारण तथा  
सेवा छोड़ने की तिथि \_\_\_\_\_  
Reason for leaving service &  
Date of Leaving \_\_\_\_\_

7. पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में)  
Full Address (In Block Letters) \_\_\_\_\_

श्री / श्रीमती / कुमारी / Sh. / Smt. / Km. \_\_\_\_\_

पुत्र / पत्नी / पुत्री / S/o, W/o, D/o. \_\_\_\_\_ पता / Adress \_\_\_\_\_

पिन/PIN \_\_\_\_\_

# सदस्य के हस्ताक्षर अथवा बाएं / दाएं हाथ के अंगूठे का निशान  
Signature or Left / Right hand thumb impression of the member

# नियोक्ता के हस्ताक्षर / Employer's Signature

8. क्या आप निकासी परिलाभ के स्थान पर योजना प्रमाणपत्र स्वीकार करने के लिए तैयार हैं।  हाँ Yes  नहीं No

Are you willing to accept Scheme Certificate in lieu of withdrawal benefits

यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है।

**Withdrawal benefit is not admissible if the membership is less than 180 days excluding non contributory period of service.**

9. परिवार का विवरण (पति/पत्नी तथा बच्चे तथा नामिति)  
Particulars of Family (Spouse & Children & Nominee)  
(सिर्फ योजना प्रमाण पत्र के विकल्प के लिए / applicable only for Scheme Certificate option)

	नाम Name	जन्म तिथि Date of Birth	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member	नाबालिक के अविभावक का नाम Name of the guardian of minor
--	-------------	----------------------------	--	--

(क) परिवार के सदस्य

(a) Family members

(ख) नामिति

(b) Nominee

10. बिना दावा दिए 58 वर्ष की आयु प्राप्त करने के बाद सदस्य की मृत्यु होने पर :-

In case of death of members after attaining the age of 58 years without filling the claim:-

(क) सदस्य की मृत्यु की तिथि / Date of death of the member

(ख) दावेदारों के नाम / तथा सदस्य से उसका संबंध / Name of the Claimant(s) and relationship with the member

11. धनप्रेषण का माध्यम (विकल्पित विधि के अनुसार संबंधित कोष्ठक में टिक करें)

Mode of remittance (put a tick in the box against the one opted)

(क) मद सं. 7 में दिए पते पर मेरी लागत पर डाक मनीआर्डर द्वारा

By postal money order at my cost to the address given against item No.7:

(ख) मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत खाता सं.(अनुसूचित बैंक/डाकघर) में रेखकित चेक/ इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आदाता खाता सीधे भेजा जाए/ (b) By account payees cheque/ electronic mode sent Directly for credit to my S.B. A/C (Scheduled Bank /P.O.) under intimation to me.

बचत बैंक खाता सं./S.B. Account No. : \_\_\_\_\_

बैंक का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)/Name of the Bank (In Block Letters) : \_\_\_\_\_

शाखा (स्पष्ट अक्षरों में)/Branch (In Block Letters) : \_\_\_\_\_

आई.एफ.एस. कोड / IFS Code : \_\_\_\_\_

शाखा का पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में)/Full address of the Branch (In Block Letters) : \_\_\_\_\_

**(अपने बैंक खाते के खाली/रद्द चेक की एक प्रति संलग्न करें Please attach a copy of cancelled/blank Cheque)**

12. क्या आप क.पें. यो. 95 के तहत पेंशन प्राप्त कर रहे हैं ?

Are you availing pension under EPS-95 ?

हाँ/Yes  नहीं/No

यदि हाँ, तो इंगित करें

पी.पी.ओ. सं.

किसके द्वारा जारी

If yes, indicate

PPO No.....

By whom issued.....

प्रमाणित किया जाता है कि विवरण मेरे अधिकतम ज्ञान के अनुसार सत्य हैं / Certified that the particulars are true to the best of my knowledge

दिनांक

Date .....

सदस्य/दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएं हाथ के अंगूठे का निशान  
Signature or left Hand Thumb impression of the Member/Claimant

# नियोक्ता के हस्ताक्षर /Employer's Signature

अग्रिम प्राप्ति रसीद  
**Advance Stamped Receipt**  
(केवल ऊपर (ख) के मामले में ही प्रस्तुत किया जाए)  
[To be furnished only in case of (b) above]

पेंशन निधि खाते के निपटान स्वरूप क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/उप-क्षेत्रीय कार्यालय के प्रभारी अधिकारी से अपने बचत बैंक खाते में जमा द्वारा  
₹ ..... (शब्दों में) ..... की राशि प्राप्त की।

Received a sum of ₹..... (Rupees.....) only from  
Regional Provident Fund Commissioner/Officer-in-charge of Sub-Regional Office.....by deposit in my  
savings Bank A/c towards the settlement of my Pension Fund Account.

बाँयी तरफ दिए रिक्त स्थान को क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/प्रभारी अधिकारी द्वारा भरा जाएगा।

The space should be left blank which shall be filled by Regional Provident Fund  
Commissioner/Officer-in-charge)

₹ 1 राजस्व टिकट

₹ 1 Revenue  
Stamp

टिकट पर सदस्य के हस्ताक्षर और बाँय हाथ के अंगूठे का निशान

Signature & left hand thumb impression of the member on the stamp

प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य द्वारा दिए विवरण सही है और सदस्य ने मेरे समक्ष हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठा निशानी लगाई है।

Certified that the particulars of the member given are correct and the member has signed/thumb impressed before me.

सदस्य की मजदूरी एवं गैर अंशदायी सेवावधि के विवरण निम्नानुसार हैं :-

**The details of wages and period of non-contributory service of the member are as under:**

(प्रपत्र-3ए/7) (क.पें.यो.) उस अवधि का संलग्न है जिस अवधि हेतु ये कर्मचारी भविष्य निधि कार्यालय को भेजे नहीं गए थे।)

(Form 3A/7 (EPS) enclosed for the period for which it was not sent to Employees' Provident Fund Office)

दिनांक 15.11.95 को मजदूरी (मूल वेतन + महंगाई भत्ता) (यदि लागू है)  
Wages (Basic +D.A.) as on 15.11.95 (if applicable)

₹

सेवा त्यागने की तिथि को मजदूरी

Wages as on the date of exit

₹

गैर अंशदायी सेवा की अवधि :

Period of non contributory Service :

वर्ष / माह

दिन

Year/Month

No. of days

दिनांक

Date .....

नियोक्ता/प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of Employer/Authorised Official

आयुक्त कार्यालय के प्रयोगार्थ (For the use of commissioner's office)

₹..... के अधीन/अदायगी मद सं. .... मनीआर्डर/चेक

Under ₹ ..... P.I.No..... M.O./Cheque.

₹ ..... शब्दों में ..... की अदायगी हेतु स्वीकृत किया।

Passed for payment for ₹..... (in words) .....

मनीआर्डर कमीशन (यदि कोई है) ..... निकासी परिलाभ की निवल राशि .....

M.O.Commission (if any) ..... net amount to be paid by M.O ..... towards withdrawal  
benefit.

सा.सु.स.

SSA

अनुपर्यवेक्षक

S.S.

स.ले.अधि.

A.AO.

(नकदानुभाग के प्रयोगार्थ)  
(For use in Cash Section)

चेक सं. .... दिनांक ..... द्वारा संदेय जिसे नकद पुस्तिका (बैंक) खाता

सं.-10 डैबिट मद सं. .... पर दर्ज कर लिया है।

Paid by inclusion in cheque No..... Dt .....vide Cash Book (Bank) Account No.10 Debt  
item No.....

अनु. पर्य.  
S.S

स. अधि. (नकद)  
AC (Cash)

एस. एस. . जारी करने के लिए आई. डी. एस संलग्न है :-  
For issue of S.C., IDS is enclosed

सा.सु.स.  
SSA.

अनु. पर्य.  
S.S.

स.ले.आ.  
A.AO.

स.भ.नि.आ. (लेखा)  
APFC (A/cs.)

(पेंशन अनुभाग के प्रयोगार्थ)  
(For use in Pension Section)

योजना प्रमाणपत्र जिस पर नियंत्रण सं. .... उल्लिखित है, को दिनांक .....

..... को जारी किया और इसकी प्रविष्टि योजना प्रमाणपत्र नियंत्रण पंजी में की।

Scheme Certificate bearing the control No .....issued on .....and  
entered in the Scheme Certificate Control Register.

सा.सु.स..  
SSA

अनु. पर्य.  
S.S.

स.ले.आ.  
A.AO.

स.भ.नि.आ. (लेखा)  
APFC (A/cs.)