



**कर्मचारी सञ्चय कोष**  
सामाजिक सुरक्षा सुविधा अन्तर्गत  
(सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च माग दावी निवेदन)

मिति: - ...../...../.....

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,  
..... ।

**विषय: सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च पाउँ ।**

म / मेरी पत्नी ..... मिति ..... मा सुत्केरी भएकाले कोषको नियमानुसार सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च पाउनको लागि देहाय बमोजिमका प्रमाणहरू संलग्न राखी यो दावी फाराम पेश गरेको छु । यसमा संलग्न गरिएका सम्पूर्ण कागजात र विवरण ठीक छन् पछि कुनै कुरा झुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला ।

निवेदक	
सञ्चयकर्ताको दस्तखत :	
सञ्चयकर्ताको नाम, थर :	
सञ्चयकोष परिचयपत्र नं. :	
सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको नाम, थर :	
सञ्चयकर्ताको बुबाको नाम, थर :	
सञ्चयकर्ताको आमाको नाम, थर :	
स्थायी ठेगाना :	
कार्यालयको नाम, ठेगाना :	
मोबाइल/सम्पर्क नं. :	
कार्यालयको शुरु नियुक्ति मिति:	

रेखात्मक सही	
दायाँ	बायाँ

यस अघि यो सुविधा उपभोग गरेको  छ /  छैन ।

पति-पत्नी दुवै जना सञ्चयकर्ता हो भने निवेदक बाहेकको सञ्चय कोष प.प.नं. : ..... नाम, थर : .....  
कार्यालय : .....

नोट: (क) संलग्न कागजातहरूको सम्बन्धित कोष्ठकमा (  ) चिह्न लगाउने ।  
(ख) पति-पत्नी दुवै सञ्चयकर्ता भएमा दुई मध्ये एक जनाले मात्र यो खर्च प्राप्त गर्न सक्नेछ ।

१.	शिशुको जन्मदर्ता वा जन्ममिति खुल्ने अस्पतालको प्रमाणित पत्र	<input type="checkbox"/>	२.	सुत्केरी वा सुत्केरी स्याहार बिदा बसेको प्रमाणित पत्र	<input type="checkbox"/>
३.	विवाह दर्ता वा पति-पत्तिको नाता खुल्ने प्रमाणित पत्र	<input type="checkbox"/>	४.	कर्मचारी सञ्चय कोष परिचयपत्रको प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
५.	पति-पत्नी दुवै जनाको नागरिकताको प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>	६.	अन्य	<input type="checkbox"/>

**सञ्चयकर्ताको कार्यालयबाट प्रमाणित गर्ने**

यस कार्यालयका ..... दर्जाका प.प.नं. .... का कर्मचारी श्री ..... ले मिति ..... देखि ..... गते सम्म सुत्केरी वा सुत्केरी स्याहार बिदा लिएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च भुक्तानीका लागि सिफारिश गर्दछौं । निज कर्मचारीको मिति ..... देखि हालसम्म यस कार्यालयबाट नियमित रूपले कोषकट्टी भएको छ । निज कर्मचारी श्री ..... ले सुत्केरी तथा शिशु हेरचाह खर्च भुक्तानी पाउन दावी फाराममा हाम्रो रोहबरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप गर्नु भएकोले सो खर्च ..... स्वयम् मार्फत उपलब्ध गराई दिनुहुन अनुरोध छ ।

लेखा सम्बन्धी काम गर्ने कर्मचारी	कार्यालय प्रमुख
दस्तखत :	दस्तखत :
नाम, थर :	नाम, थर :
दर्जा :	दर्जा :
सञ्चय कोष प.प.नं.:	सञ्चय कोष प.प.नं.:
मिति :	मिति :
कार्यालयको छाप :	

नोट: सुत्केरी भएको मितिले ६ महिना भित्र भुक्तानी दावी गरि सक्नु पर्नेछ ।