

आईसीएमआर -राष्ट्रीय पर्यावरणीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
ICMR-NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN ENVIRONMENTAL HEALTH
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH
कमला नेहरू चिकित्सालय भवन,भोपाल
Kamla Nehru Hospital Building, Bhopal – 462001

एल.टी.सी. हेतु आवेदन पत्र

APPLICATION FORM FOR LEAVE TRAVEL CONCESSION

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | नाम एवं पद Name and Designation | : | |
| 2 | स्थायी अथवा अस्थायी (यदि अस्थायी है तो संस्था में प्रवेश की तिथि) Whether permanent or temporary (if temporary the date of joining) | : | |
| 3 | छुट्टी का प्रकार एवं अवधि Nature of leave sanctioned and duration | : | |
| 4 | क्या पति /पत्नि सेवारत है एवं उन्हें एल.टी.सी. की पात्रता है । Whether wife / husband is employed and entitled for L.T.C. | : | |
| 5 | गृह नगर का नाम जो सेवा पुस्तिका में दर्ज है । Home Town as recorded in service book | : | |
| 6 | यदि गृह नगर के लिए एल.टी.सी. चाहिए Whether L.T.C. is required for Home Town, if yes (अ) ब्लाक ईयर (a) Block Year | : | |
| 7 | यदि एल.टी.सी. भारत दर्शन के लिए है तो If L.T.C. is required for "Any place in India" (अ) स्थान का नाम (a) Name of visiting place (ब) ब्लाक ईयर (b) Block Year | : | |

| | |
|----|--|
| 8. | सभी आश्रित परिवार के सदस्यों के नाम जिनके लिए एल.टी.सी. चाहा गया है :- Name of dependent family members in respect of whom L.T.C. is proposed to be availed : |
|----|--|

| स.क. S. No. | नाम Name | संबंध Relationship | आश्रित/Dependent हाँ/नाYes/No | उम्र Age |
|----------------|-------------|-----------------------|----------------------------------|-------------|
| | | | | |

मैं घोषित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य एवं सही है। मैं यह भी वचन देता/देती हूँ कि यदि मेरी यात्रा रद्द हो जाती है अथवा मैं अग्रिम लेने के 10 दिन के अन्दर टिकट प्रस्तुत करने में असफल होता हूँ/ होती हूँ तो मेरे द्वारा प्राप्त की गई सम्पूर्ण अग्रिम राशि एक मुश्त जमा करा दी जावेगी।

I declare that the particulars furnished are true and correct to the best my knowledge. I undertake that in the event of cancellation of the journey or if I fail to produce the tickets with in 10 days of the receipt of advance, I will refund the entire advance in one lumpsum.

दिनांक / dated-----

हस्ताक्षर/ Signature

CHECK LIST
(For Office Use)

Particulars in Col. No.1 to 6 have been verified from the records. The L.T.C. requested for is admissible and due to Shri/Smt./Ku. _____ as follows:

1. Place of Visit: _____
2. Block Year: _____
3. With or
Without family: _____

Dealing Assistant/ Section Officer

राष्ट्रीय पर्यावरणीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
कमला नेहरू चिकित्सालय भवन, भोपाल

एल.टी.सी. के साथ अर्जित अवकाश के नगदीकरण हेतु आवेदन-पत्र

1. कर्मचारी का पूरा नाम :
2. पदनाम/आई.डी. नं. :
3. विभाग/केन्द्र/अनुरक्षण जहाँ कार्यरत हैं :
4. नियुक्ति की तिथि :
5. एल.टी.सी. का ब्लॉक जिसके अन्तर्गत उपभोग किया जाना प्रस्तावित है। गृहनगर अथवा भारत भ्रमण किया जाना है।
(क) एल.टी.सी. में जाने की जगह का नाम :
- (ख) एल.टी.सी. स्वीकृति आदेश क्र. एवं दिनांक: क्र. दि.
- (ग) क्या एल.टी.सी. अग्रिम के लिए आवेदन दिया है। :
- (घ) यात्रा का माध्यम : रेल / बस / वायुयान / जहाज
6. उपर्युक्त के लिए अवकाश आवेदित :
- (क) अवकाश नगदीकरण : 10 दिन अर्जित अवकाश
- (ख) आवेदन की तिथि पर उपलब्ध अवकाश : अवकाशदिन.....
- (ग) क्या आप पहली बार आवेदन कर रहे हैं।: हाँ / न
- (घ) यदि नहीं तो इसके पूर्व कितनी बार गये।:संख्या बतायें।
7. यदि पति / पत्नि सरकारी नौकर हैं क्या संयुक्त घोषणा पत्र प्रस्तुत किया गया है। : हाँ / नहीं / लागू नहीं
8. आवेदन की तिथि को वेतन/वेतनमान : वेतन.....(.....)

आवेदक के हस्ताक्षर

कार्यालयीन उपयोग के लिए

कर्मचारी/अधिकारी द्वारा स.क्र. 6 में उल्लेखित आवेदित अवकाश आदेशदिनांक द्वारा स्वीकृत किया गया है।

अवकाश नगदीकरण स्वीकृत किया जा रहा है।

प्रशासकीय अधिकारी

निदेशक महोदय

संबंधित सहायक

कार्यालय अधीक्षक

**NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN ENVIRONMENTAL HEALTH
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH
Kamla Nehru Hospital Building, Bhopal – 462001**

FORM OF APPLICATION FOR ENCASHMENT OF EARNED LEAVE WHILE AVAILING LTC

1. Name ; _____
2. Designation ; _____
3. Department/Centre/Section/Where Working ; _____
4. Date of appointment ; _____
5. (a) LTC Block proposed to be availed (also state ; _____
whether Hometown or All India)
- (b) Place of visit ; _____
- (c) LTC Sanction Order No. & Date ; _____
- (d) Whether LTC advance is applied for ; _____
- (e) Model of Travel : By Rail / S.T. Bus / Plane / Ship
6. Leave Applied for above ; _____
- (a) Leave encashment applied for : 10 days Earned Leave
- (b) Leave at credit on the date of application : E/L _____ days
- (c) Whether applying for the 1st time : Yes/ No. _____
- (d) If no, No. of occasions availed earlier : _____ times
7. In case wife/ husband is govt. servant, : Yes / No / Not Applicable.
Whether joint declaration has been submitted.
8. Pay & Scale of Pay on the date of application. : Pay _____

Signature of the Applicant

For Office use only

Leave Applied for by the official as at (6) above has been sanctioned vide order No.dt.

Dealing Clerk

Comments of the controlling Officer : Leave encashment may be sanctioned.

Office Superintendent

Administrative Officer

Director Sir