

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड

NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

संदर्भ सं० / Ref. No. NITUK/ _____ गैर-संकाय / NON-FACULTY दिनांक / Date: _____

मातृत्व छुट्टी/पितृत्व छुट्टी/बाल देखभाल छुट्टी/बाल गोद छुट्टी/अस्पताल छुट्टी हेतु आवेदन
Application for Maternity Leave/Paternity Leave/Child Care Leave/Child Adoption Leave/Hospital Leave

1. नाम / Name : _____
2. पद एवं विभाग / अनुभाग / Designation & Dept./Section : _____
3. छुट्टी की प्रकृति / Nature of Leave :

<input type="checkbox"/> मातृत्व छुट्टी / Maternity Leave* (अधिकतम / Maximum 180 days)	<input type="checkbox"/> पितृत्व छुट्टी / Paternity Leave* (अधिकतम / Maximum 15 days)
<input type="checkbox"/> बाल देखभाल छुट्टी (महिला) / CCL(F) (अधिकतम / Maximum 730 days)	<input type="checkbox"/> बाल देखभाल छुट्टी (पुरुष) / CCL(M) (अधिकतम / Maximum 730 days)
<input type="checkbox"/> बाल गोद छुट्टी (महिला) / CAL(F) (अधिकतम / Maximum 180 days)	<input type="checkbox"/> बाल गोद छुट्टी (पुरुष) / CAL(M) (अधिकतम / Maximum 15 days)
<input type="checkbox"/> गर्भपात के लिए मातृत्व छुट्टी / Maternity Leave for miscarriage including abortion (अधिकतम / Maximum 45 days)	
<input type="checkbox"/> WRIL - अस्पताल में भर्ती होने की पूरी अवधि के दौरान सभी कर्मचारियों को पूर्ण वेतन और भत्ते दिये जायेंगे। अस्पताल में भर्ती होने के बाद कर्मचारी को पहले 6 महीनों के लिए पूर्ण वेतन एवं भत्ते और अगले 12 महीनों के लिए आधा वेतन दिया जायेगा। / Full pay and allowances will be granted to all employees during the entire period of hospitalization. Beyond hospitalization employee shall be paid full pay and allowances for the first 6 months and Half pay for next 12 months.	
4. अवधि / Period : से / From _____ तक / To _____ कुल दिन / Total days: _____
5. अन्य छुट्टी के साथ संयोजन / Combination of other leave :

<input type="checkbox"/> अर्जित छुट्टी Earned Leave	<input type="checkbox"/> अर्धवेतन छुट्टी Half Pay Leave	<input type="checkbox"/> परिवर्तित छुट्टी Commutated Leave	<input type="checkbox"/> प्रतिबंधित अवकाश Restricted Holiday
<input type="checkbox"/> विश्राम / Vacation <input type="checkbox"/> अन्य / Other ()			

 से / From _____ तक / To _____ कुल दिन / Total days: _____
6. अवकाश से पहले / Prefixed : अवकाश से पहले / Prefixed: _____ कुल दिन / Total days= _____
 अवकाश के बाद / Suffixed : अवकाश के बाद / Suffixed: _____ कुल दिन / Total days= _____
7. स्टेशन छुट्टी की आवश्यकता / Station Leave required : से / From _____ तक / To _____ कुल दिन / Total days: _____
8. छुट्टी के दौरान का पूरा पता : _____
 मोबाईल नम्बर सहित / Complete address during leave with mobile no. _____
9. सौंपे गये कर्तव्यो और अन्य प्रशासनिक कार्यों के लिए वैकल्पिक व्यवस्था:
 Alternate arrangements for assigned duties and other Administration work:

क.सं. S.No.	दिनांक / Date	गैर-संकाय का नाम / Name of non-faculty	सौंपे गये कर्तव्य / Assigned duties	हस्ताक्षर / Signature

* प्रसूति / बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र संलग्न करें। / Enclose the proof of confinement / Birth Certificate of child.

दिनांक / Date: _____

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of employee

10. विभाग / अनुभाग कार्यालय द्वारा भरा जायेगा।
To be filled by Dept./Section Office

अग्रेषित / Forwarded अग्रेषित नहीं किया गया / Not Forwarded

वर्ष 20__ के दौरान अब तक ली गई कुल स्टेशन छुट्टी : _____
Total station leave taken during the year of 20__ : _____

विभागाध्यक्ष / अनुभाग प्रमुख / समन्वयक / कुलसचिव / निदेशक के प्रतिहस्ताक्षर
Counter Signature of HoD/Section Head/Registrar/Director

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड

NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

केवल स्थापना अनुभाग के प्रयोग हेतु / FOR ESTABLISHMENT SECTION USE ONLY

11. आवेदन पत्र प्राप्त हुआ / Application received on _____

12. प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित छुट्टी डॉ०/श्रीमती/कु०/श्रीमान _____ को स्वीकार्य है। / Certified that the following leave is admissible to Dr./Mrs./Ms./Mr. _____

	मातृत्व छुट्टी/ Maternity Leave	पितृत्व छुट्टी/ Paternity Leave	बाल देखभाल छुट्टी/ Child Care Leave *	बाल गोद छुट्टी/ Child Adoption Leave	गर्भपात सहित गर्भपात के लिए मातृत्व छुट्टी/ Maternity Leave for miscarriage including abortion***	WRIL#	अन्य छुट्टी/ Other Leave EL () HPL () Comut. L () EOL () RH ()
				महिला/ पुरुष Female/ Male **			
अ/a) जमा छुट्टी/ Leave at Credit	180	15		180/15	45		
ब/b) छुट्टी के लिए आवेदन/ Leave Applied	दिनांक/ Date	से/to	से/to	से/to	से/to	से/to	से/to
	दिन/ Days						
स/c) शेष छुट्टी (अ-ब)/ Balance of Leave (a-b)	-	-		-	-	-	-
टिप्पणियां/ Remarks							

- पितृत्व छुट्टी बच्चे के जन्म के लिए पत्नी के प्रसव के दौरान, बच्चे के डिलीवरी की तारीख से 15 दिन पहले तक या बच्चे के जन्म से छह माह तक दिया जा सकता है।
- महिला कर्मचारी को 60 दिनों से अधिक की परिवर्तित छुट्टी चिकित्सा प्रमाण पत्र प्रस्तुत किए बिना, मातृत्व, बाल देखभाल तथा बाल गोद छुट्टी के साथ दी जा सकती है।
- * बाल देखभाल छुट्टी एक कैलेंडर वर्ष में और परीवीक्षा अवधि के दौरान 05 दिनों से कम और 03 से अधिक अवधि की अनुमति प्रदान नहीं की जायेगी। एकल महिला कर्मचारी के लिए, बाल देखभाल छुट्टी एक कैलेंडर वर्ष में 06 बार की अवधि के लिए प्रदान की जायेगी। कर्मचारी को बाल देखभाल छुट्टी के लिए छुट्टी यात्रा रियायत भी दी जायेगी। बाल देखभाल छुट्टी एकल पुरुष पिता के लिए भी लागू है, जिसमें अविवाहित या विधुर या तलाकशुदा कर्मचारी हो सकते हैं। बाल देखभाल छुट्टी पहले 365 दिनों के लिए छुट्टी वेतन के साथ 100% और अगले 365 दिनों के लिए छुट्टी वेतन के 80% पर दी जायेगी।
- ** एक वर्ष के कम उम्र के बच्चे को गोद लेने के लिए, दो जीवित बच्चे होने पर स्वीकार्य नहीं है।
- *** चिकित्सा प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर महिला सरकारी कर्मचारी की पूरी सेवा अवधि में एक बार (लेकिन संभावित गर्भपात में नहीं)।
- # कार्य संबंधी बिमारी और चोट छुट्टी WRIL सरकारी कर्मचारियों के लिए हकदार है, जो अपने आधिकारिक कर्तव्यों के प्रदर्शन के दौरान या अपनी आधिकारिक स्थिति के परिणामस्वरूप होने वाली बिमारी या चोट से पीड़ित हैं। चिकित्सा प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर WRIL प्रदान किया जायेगा। उस अवधि के दौरान कोई अर्जित छुट्टी या अर्धवेतन छुट्टी जमा नहीं किया जायेगा जब कर्मचारी WRIL पर है।

ब्यौरे की जाँच की गई तथा सेवा पुस्तिका में दर्ज किया / Particulars checked and recorded in service book

जांचा एवं सत्यापित किया /
Checked & verified

संस्तुत
Recommended

संस्तुत नहीं किया गया
Not Recommended

कनिष्ठ सहायक (स्थापना)
Junior Assistant (Estt.)

अधीक्षक (स्थापना)
Superintendent (Estt.)

सहायक / उप-कुलसचिव (स्थापना)
Asstt./Dy. Registrar (Estt.)

कुलसचिव / Registrar

निदेशक / Director

सेवा में / To

सहायक / उप-कुलसचिव (स्थापना) / Asstt./Dy. Registrar (Estt.)

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

प्रपत्र-3 एवं 4 / FORM-3 & 4

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के रुपांतरण के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर _____

मैं _____ मामले की सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जांच के पश्चात प्रमाणित करता/करती हूँ कि डॉ०/श्रीमान/श्रीमती/कु० _____ जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिये गये हैं _____ से पीड़ित है और मैं मानता/मानती हूँ कि दिनांक _____ से छुट्टी से अनुपस्थिति की अवधि उनके स्वास्थ्य की बहाली के लिए नितान्त आवश्यक है।

Signature of the Government servant _____

I _____ after careful personal examination of the case hereby certify that Dr./Mr./Mrs./Ms. _____ whose signature is given above, is suffering from _____ and I consider that a period of absence from duty with effect from _____ is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

दिनांक / Date: _____

अधिकृत चिकित्सा परिचारक या अन्य पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर
Authorized Medical Attendant or other Registered Medical Practitioner

प्रपत्र-5 / FORM-5

छुट्टी पर लौटने के लिए कर्मचारी का स्वस्थता प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर _____

हम/मैं _____ एतद्वारा प्रमाणित करते हैं कि हमने/मैंने डॉ०/श्रीमान/श्रीमती/कु० _____ की सावधानीपूर्वक जांच की है जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिये गये हैं और यह पाते हैं कि वह अपनी बीमारी से ठीक हो गये/गयीं हैं और एनआईटी उत्तराखण्ड में फिर से अपने कर्तव्यों को दिनांक _____ से शुरू करने के लिए फिट हैं। हम/मैं यह भी प्रमाणित करते हैं कि इस निर्णय पर पहुंचने से पूर्व, हमने/मैंने मामले के मूल चिकित्सा प्रमाणपत्र और विवरण (या उसकी प्रमाणित प्रतियों) की जांच की है जिस पर छुट्टी दी गई थी या बढ़ाई गई थी और हमारे/मेरे निर्णय पर पहुंचने में हमने/मैंने इन्हें ध्यान में रखा है।

Signature of the Government servant _____

We/I _____ do hereby certify that We/I have carefully examined Dr./Mr./Mrs./Ms. _____ whose signature is given above, and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in NIT Uttarakhand with effect from _____. We/I also certify that before arriving at this decision, We/I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at our/my decision.

दिनांक / Date: _____

सिविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/अधिकृत चिकित्सा परिचारक/पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर
Civil Surgeon/Staff Surgeon/Authorized Medical Attendant/Registered Medical Practitioner

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

सं०सं०/Ref. No.NITUK/_____

दिनांक/Date:_____

कार्यग्रहण रिपोर्ट / JOINING REPORT

सेवा में/To

कुलसचिव/The Registrar

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड/National Institute of Technology, Uttarakhand

श्रीनगर (गढ़वाल), उत्तराखण्ड/Srinagar (Garhwal), Uttarakhand

महोदय/Sir,

कार्यालय आदेश संख्या०A-_____ दिनांक _____ के अनुपालन में एवं निम्नलिखित छुट्टी/छुट्टियों की समाप्ति पर
With reference to the Office Order No.A-_____ dated _____ and on expiry of

- मातृत्व छुट्टी/Maternity Leave
- पितृत्व छुट्टी/Paternity Leave
- बाल देखभाल छुट्टी (महिला)/Child Care Leave (Female)
- बाल गोद छुट्टी (महिला)/Child Adoption Leave (Female)*
- बाल गोद छुट्टी (पुरुष)/Child Adoption Leave (Male)*
- गर्भपात सहित गर्भपात के लिए मातृत्व छुट्टी/ Maternity Leave for miscarriage including abortion**
- कार्य संबंधित बीमारी छुट्टी/WRIIL**
- अन्य छुट्टी/Other Leave**

मेरे द्वारा कार्यग्रहण दिनांक (पूर्वाहन) से ग्रहण कर लिया है।
I report for duty with effect from _____ (FN).

* बाल गोद पमाण पत्र जमा करें।/Submit Child adoption certificate from the Authorities.

** चिकित्सा फिटनेस प्रमाण पत्र जमा करें।/Submit medical certificate from the Authorities.

सधन्यवाद/Thanking you,

दिनांक/Date: _____

कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of employee

नाम/Name: _____

पद/Designation: _____

विभाग/अनुभाग/Dept./Section: _____

स्थापना अनुभाग को अग्रसारित की जाती है।

Forwarded to the Estt. Section

विभागाध्यक्ष/अनुभाग अधिकारी/समन्वयक के हस्ताक्षर

Signature of HoD/Section Head/Coordinator

सेवा में/To

सहायक/उप कुलसचिव (स्थापना)/Asstt./Dy. Registrar (Establishment)