

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

संदर्भ सं० / Ref. No. NITUK/ _____

फार्म-सी / FORM-C

दिनांक / Date: _____

सी०पी०डी०ए० के तहत आकस्मिक व्यय की प्रतिपूर्ति की मंजूरी के लिए अनुरोध
Request for approval of reimbursement of Contingent Expenses under CPDA

नाम / Name: _____ कर्मचारी कोड / Emp. Code: _____

पदनाम / Designation: _____ वेतन स्तर / Pay Level: _____

विभाग / Dept.: _____ कार्यभार ग्रहण की तिथि / Date of Joining: _____

वित्तीय वर्ष / Financial Year: _____ ब्लॉक अवधि / Block Period: _____

सी०पी०डी०ए० दिशानिर्देशों के अनुसार उपभोग्य सामग्रियों, स्टेशनरी, किताबें और संबंधित वस्तुओं, कंप्यूटर से संबंधित उपभोग्य सामग्रियों की खरीद हेतु निम्नलिखित के लिए अनुमति दी जा सकती है। / The permission may be accorded for the following for acquiring of the purchase of consumables, stationery, books & related items, computer related consumables as per CPDA Guidelines:

क्र०सं० S.No.	सामान / किताबें Items/Books	मात्रा / Qty.	अनुमानित राशि / Estimated amount	क्र०सं० S.No.	सामान / किताबें Items/Books	मात्रा / Qty.	अनुमानित राशि / Estimated amount
1.				21.			
2.				22.			
3.				23.			
4.				24.			
5.				25.			
6.				26.			
7.				27.			
8.				28.			
9.				29.			
10.				30.			
11.				31.			
12.				32.			
13.				33.			
14.				34.			
15.				35.			
16.				36.			
17.				37.			
18.				38.			
19.				39.			
20.				40.			

कुल अनुमानित राशि / Total estimated amount: ₹ _____

प्रमाणपत्र / CERTIFICATE

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दिये गये विवरण सही हैं। यदि दी गई जानकारी गलत पाई जाती है और सी०पी०डी०ए० दिशानिर्देशों का पालन न करना पाया जाता है तो मैं एन०आई०टी० उत्तराखण्ड को पूरी प्रतिपूर्ति राशि वापस कर दूंगा। / I certify that the details given above are correct. If the information supplied is found to be incorrect & non-compliance of CPDA Guidelines; I will refund the entire reimbursed amount to NIT Uttarakhand.

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

संस्तुत / Recommended संस्तुत नहीं किया गया / Not Recommended

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर / Signature of HoD

स्थापना अनुभाग को अग्रेषित / Forwarded to Establishment Section

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

संदर्भ सं० / Ref. No. NITUK/ _____

फार्म-सी / FORM-C

दिनांक / Date: _____

सी०पी०डी०ए० प्रतिपूर्ति के लिए दावा / CPDA claim for reimbursement

नाम / Name : _____ कर्मचारी कोड / Employee Code: _____

पदनाम / Designation: _____ मूल वेतन / Basic Pay: _____

विभाग / Department : _____ कार्यग्रहण तिथि / Date of Joining: _____

वित्तीय वर्ष / Financial Year: _____ ब्लॉक अवधि / Block Period: _____

उपभोग्य सामग्रियों, स्टेशनरी, किताबें और संबंधित वस्तुओं, कंप्यूटर से संबंधित उपभोग्य सामग्रियों की खरीद के लिए खाते का विवरण निम्नलिखित है। प्रासंगिक कैश मेमो/बिल/वाउचर इसके साथ संलग्न है। / The following is the statement of account for the purchase of consumables, stationery, books & related items, computer related consumables. The relevant cash memos/bills/vouchers are enclosed herewith:

क्र०सं० S.No.	सामान / किताबें Items/Books	बिल सं० Invoice No.	दिनांक / Date	विक्रेता / Vendor	राशि / Amount (in ₹)	टिप्पणी / Remarks
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
कुल / TOTAL					₹	

स्टॉक प्रविष्टि विभागीय सीपीडीए स्टॉक रजिस्टर के पृष्ठ सं० _____ के क्रम सं० _____ पर और प्रमाणीकरण के साथ मूल बिल के पीछे भी की गई है।

Stock entry has been done at S.No. _____ of page no. _____ of Departmental CPDA stock register and also back side of the original bill with certification.

रुपये / Rupees _____ की प्रतिपूर्ति की जा सकती है। / may be reimbursed.

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड
NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

मुझे पता है कि, यदि किसी भी स्तर पर ऊपर दी गई जानकारी/दस्तावेज गलत पाए जाते हैं, और सीपीडीए डिशानिर्देशों का पालन न करना पाया जाता है तो मैं सीसीएस (आचरण) नियम, 1964 के तहत अनुशासनात्मक कार्यवाही के लिए उत्तरदायी हूँ।/I am aware that, if at any stage the information/documents furnished above is found to be false & non-compliance of CPDA Guidelines; I am liable for disciplinary action under CCS (Conduct) Rules, 1964.

दिनांक / Date: _____

दावेदार के हस्ताक्षर
Signature of the claimant

संस्तुत / Recommended संस्तुत नहीं किया गया / Not Recommended

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर / Signature of HoD

केवल कार्यालय प्रयोग हेतु / FOR OFFICE USE ONLY

- a) प्रो०/डॉ०/श्रीमती/सुश्री/श्रीमान _____ के दावे का निपटान
Settlement of claim of Prof./Dr./Mrs./Ms./Mr. _____
- b) कुल अधिकतम सीमा / Total Ceiling Limit: _____ c) शेष राशि उपलब्ध / Balance Available: ₹ _____
- d) दावा प्रस्तुत करें / Present Claim: ₹ _____ e) दावा स्वीकार्य / Claim admissible: ₹ _____
- f=(c-e) प्रतिपूर्ति के बाद उपलब्ध शेष राशि / Balance available after reimbursement: ₹ _____

वरि०/कनि० सहायक (स्था०)
Sr./Jr. Asstt. (Estt.)

अधीक्षक (स्था०)
Superintendent (Estt.)

सहायक/उप कुलसचिव (स्था०)
Asstt./Dy. Registrar (Estt.)

वरि०/कनि० सहायक (लेखा)
Sr./Jr. Asstt. (A/cs.)

अधीक्षक (लेखा)
Superintendent (A/cs.)

सहायक/उप कुलसचिव (लेखा)
Asstt./Dy. Registrar (A/cs.)

कुलसचिव
Registrar

विभागाध्यक्ष / HoD

निदेशक / Director

सेवा में / To,
सहायक/उप-कुलसचिव (स्थापना) / Asstt./Dy. Registrar (Estt.)