

அண்ணாமலைப் பல்கலைக்கழகம்

ஓய்வூதிய முன்பொழிவு அனுப்புதலுக்கான கவனத்திற்கு

(ஓய்வூதிய முன்பொழிவுடன் இணைக்கப்பட வேண்டியவை)

1. ஓய்வூதிய முன்பொழிவு விண்ணப்பத்தின் முதல் பக்கத்தில் மனுதாரர் மற்றும் அலுவலரின் கணவர் அல்லது மனைவியுடன் கூடிய புகைப்படத்தினை ஒட்டி சான்றொப்பம் (Attestation) பெற வேண்டும்.
2. நிலுவையில்லாத சான்றிதழின் (முதல் நகல் / Original) நகல்.
3. ஓய்வு பெறுதல் குறித்த பல்கலைக்கழக ஆணையின் நகல்.
4. ஊதியப் பட்டியலின் நகல் (Pay Slip).
5. குடும்ப அட்டை (Ration Card)
6. அஞ்சல் வில்லை அளவுள்ள மனுதாரர் மற்றும் அலுவலரின் கணவர் அல்லது கணவருடன் கூடிய தனியான தொரு புகைப்படம்.(ஓய்வூதிய தொரு ஆணை வழங்குவதற்காக)
7. உருமான வரி நிரந்தரக் கணக்கு எண் அட்டையின் நகல்.
8. வங்கிக் கணக்கு புத்தகத்தின் முதல் பக்க நகல்.
9. மனுதாரருக்கு அடையாள அட்டை வேண்டுமாயின் மேலே கண்டுள்ள வரிசை எண் 6 ல் குறிப்பிட்டபடி உள்ளவாறு தனியான தொரு புகைப்படம் , தொடர்புடைய விண்ணப்பம் மற்றும் பல்கலைக்கழக கருவூலத்தில் ரூ.50/- செலுத்தியமைக்கான ரசீது.

பதிவாளர்

<i>Pension Token No.</i>		<i>EAR Vol. No & Page No.</i>	
--------------------------	--	-----------------------------------	--

FORMAL APPLICATION FOR PENSION

1.	Salary Token Number		
2.	Name of the Employee		
3.	Designation held in the University at the time of retirement		
4.	Department in which worked		
5.	Date of Superannuation		
6.	Date of Retirement		
7.	University Order regarding retirement		
8.	Name of the Bank in which the employee is having the Savings Bank account	Indian Bank	ICICI Bank
9.	S.B. Account Number		
10.	I.T. Pan No. with a photo copy		
11.	PRESENT ADDRESS		
	Pincode:	Phone No. with STD Code.	
		Mobile No.	
12.	ADDRESS AFTER RETIREMENT		
	Pincode:	Phone No. with STD Code.	
		Mobile No.	
13.	Whether the Pension is proposed to be commuted (Tick in appropriate place)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

14.	List of Family members including Wife / Husband				
S.N.	Name (s)	Relation Ship	Marital Status	Date of Birth	Whether handicapped / Mentally Retreaded (Medical Certificate to be enclosed)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
15.	DECLARTION				
1.	I do hereby declare to refund any excess amount that has been sanctioned and paid to me as Gratuity Pension, etc in case, it is found to be in excess of the amount to which I am entitled as per Audit Certificate to be issued by the Local Fund Audit Department.				
2.	I do hereby certify to make good any loss cause to the University by any of over drawal of pay, allowances, leave salary or other admitted obvious dues as a result of negligence or fraud on my part in service in the University in a lumpsum or in suitable installments from my pension.				
3.	I do hereby certify that I will immediately report to the University if will get employment after my retirement either in Government or Local Bodies or Undertakings or any institutions and the reemployment pay.				
	Nomination by				
	Name in Block letter	:			
	Designation	:			
	Department	:			
	I certify that the above particulars are found correct and true.				
	Date:	Signature of the University Employee			
4.	Whether the following documents have been enclosed				
	1. Whether the annexure to the application showing the signature / left hand thumb impression, joint passport size of employee and spouses, height and weight has been attested and enclosed.				
	2. Nil Arrears Certificate (original)				
	3. Copy of retirement order				
	4. Copy to pay slip				
	5. Xerox copy of Ration card				
	6. Xerox copy of Aadhar Card				

ANNEXURE

Joint Passport size photo of the University Employee with spouse

1.	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> Passport Photo of employee with Spouse (to be attested) </div>		
	Name of the University Employee	:	
	Name of the Spouse	:	
2.	Specimen Signature / Left hand thumb impression in case of illiterate	:	1.
			2.
			3.
3.	Height	:	
4.	Weight	:	
5.	Personal marks of identification	:	1.
			2.

The above particulars are found correct and attested by me

Signature of the attesting

Officer with office seal

2.FAMILY PENSION

Name and Address of the Nominee	Relationship with the University Employee	Date of Birth (Proof To be attached)	Age

WITNESS SIGNATURE AND ADDRESS

1.	Signature	:		Name & Address	:	
2.	Signature	:		Name & Address	:	

Date:-

Signature of the University Employee

Signature of the Registrar

அண்ணாமலைப் பல்கலைக்கழக ஓய்வூதியர்

குடும்ப நல நிதி வாரிசுதாரர் நியமனப் படிவம்

1.	குறியீட்டு எண்	:		
2.	ஓய்வூதியம் பெறுபவரின் பெயர்	:		
3.	ஓய்வுபெறும் முன்னர் பணிபுரிந்த பதவி மற்றும் துறை	:		
4.	வாரிசுதாரரின் பெயர் மற்றும் விலாசம் (பின்கோடு மற்றும் தொலைபேசி அலைபேசி எண்ணுடன்)	:		
5.	ஓய்வூதியருக்கு வாரிசுதாரரின் உறுதுறை (வாரிசுதாரரின் புகைப்படம் ஒன்றினை இணைக்கவும்)	:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">புகைப்படம் (சான்றொப்பம் பெறப்பட வேண்டும்)</td> </tr> </table>	புகைப்படம் (சான்றொப்பம் பெறப்பட வேண்டும்)
புகைப்படம் (சான்றொப்பம் பெறப்பட வேண்டும்)				

தேதி கிழமை

வருடம்

ஓய்வூதியரின் கையொப்பம்

சாட்சிகள் (கையொப்பம் , பெயர் மற்றும் முகவரியுடன்)

கையொப்பம்	
பெயர் மற்றும் முகவரி	

கையொப்பம்	
பெயர் மற்றும் முகவரி	

குறிப்பு

பதிவாளர்

ஓய்வூதியதாரரின் மனைவியோ அல்லது கணவரோ உயிருடன் இல்லையெனில் தொகை வாரிசுதாரர் நியமனப் படிவத்தின்படி வாரிசுதாரருக்குச் சேரும். வாரிசுதாரர் நியமனப்படிவம் இல்லையெனில், வருவாய்த்துறையினரால் வழங்கப்படும் வாரிசுச் சான்றிதழின்படி தொகை வழங்கப்படும்.

DECLARATION FORM

WHEREAS, Annamalai University has consented to sanction provisional pensionary benefits to me in anticipation of the completion of the pending settlement of audit objections, pay fixations, etc.,.

AND WHEREAS, by accepting this, I fully understand that any provisional Gratuity/Pension/ Death-cum-Retirement Gratuity / Family Pension payable to me is subject to revision on the completion of formal settlement of audit objections, pay fixation, etc., I further agree to withhold a sum equivalent to be recovered from my terminal benefits and the balance amount may be paid to me. I also agree and undertake to refund or make good the amount which is found in excess to the amount for which I am eligible. I hereby reserve my right to claim the above said balance amount in case of dropping of audit objections, etc by the Deputy Director of Local Fund Audit.

Signature

Name

(Designation and Department held at the time of.....retirement) }
.....
.....
.....

Date of Retirement

Pension ID No.

Contact No.

Station

Date

Witness Signature :
(with address)

1) Signature :

Name :

Address :

Contact No. :

2) Signature :

Name :

Address :

Contact No. :

ஓய்வூதியம் , குடும்ப ஓய்வூதியம் அடையாள அட்டை வழங்கக் கோரும் விண்ணப்பம்

1.	ஓய்வூதிய , குடும்ப ஓய்வூதிய குறியீட்டு எண்	:	
2.	பெயர்	:	
3.	ஓய்வூதியரா அல்லது குடும்ப ஓய்வூதியரா	:	
4.	பிறந்த நாள்	:	
5.	ஓய்வூதியர் எனில் பணியிலிருந்து ஓய்வு பெற்ற நாள்	:	
6.	குடும்ப ஓய்வூதியர் எனில் ஓய்வூதியர் மரணமடைந்த நாள்	:	
7.	தற்போதைய இருப்பிட முகவரி அஞ்சல் குறியீட்டு எண்ணுடன்	:	
8.	தொலைபேசி மற்றும் அலைபேசி எண்கள்	:	
9.	ரத்த வகை	:	
10	பல்கலைக்கழக கருவூலத்தில் ரூ.50/- செலுத்தியமைக்கான செலுத்துச் சீட்டு எண் மற்றும் நாள் (செலுத்துச் சீட்டு இணைக்கப்பட வேண்டும்)	:	

கையொப்பம்