



B. C. C. L. EMPLOYEES BENEVOLENT FUND SOCIETY

CLAIM FORM FOR FINANCIAL ASSISTANCE IN CASE OF DEATH OF EMPLOYEE MEMBER

In case of death of an employee the financial assistance as approved by the Governing Body from time to time shall be claimed in triplicate by his / her Son, Daughter, Father, Mother, Wife / Husband as the case may be on submission of this claim duly signed by two permanent employees, who have served the company at least 5 years).

1. Name of the deceased Employee :
2. I. D. Card No. / P. P. No. :
3. C. M. P. F. No. :
4. Designation :
5. Colliery / Area :
6. Date of Accident :
7. Date of death :
(Certificate to be Enclosed)
8. Name of the Claimant :
9. Relationship with Employee :
10. Whether the deceased Employee was :
the member of Employees Benevolent
Fund Society, Also ensure that Rs. 2/- per
month was being deducted from the
salary of the deceased.

LTI / Signature of the Claimant
with date

We know Shri / Smt. who is
..... (Relationship of Late

I. D. Card No. and do hereby under take to stand as sureties in case the payee is
found not eligible for the above payment at any stage.

Surety No. I
Signature

Name

Designation

Colliery

Date

Surety No. II
Signature

Name

Designation

Colliery

Date

It is certified that the particulars given above are as per the record of our office and claimant and
sureties have signed in my presence. Shri / Smt.
is ENTITLED FOR PAYMENT as per rules, vide circular No. BCCL / W-IV / 88 / EBFS / 10877 - 11137 DATED :
01/2-3-1988 Issued by Dy. CPM (W)

Forwarded to Dy. CPM / PM of the Area for payment
Signature of Controlling Officer

Name

Designation

Signature Sr. PO / PO / Dy. PM
Name

Designation

Date

बी० सी० एल० कर्मचारी दत्यव निधिकोश समिति
B. C. C.L. EMPLOYEES BENEVOLENT FUND SOCIETY

कार्मिक निदेशालय
कोयला भवन, कोयला नगर, धनबाद ।
छात्रवृत्ति आवेदन पत्र

APPLICATION FORM FOR SCHOLARSHIP

(क) कर्मचारी का व्यौर :-

1. कर्मचारी का नाम (हिन्दी में)
(Employee Name)
अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में
(Employee Name)
2. पदनाम
3. कर्मी सं० 4. लागत केन्द्र 5. पदस्थापन का स्थान
6. क्षेत्र 7. क्या आवेदक समिति के सदस्य है ?
9. यदि हों तो वेतन पर्ची की छायाप्रति संलग्न करें

(ख) छात्र का विवरण :-

1. छात्र का नाम (हिन्दी में)
छात्र का नाम अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में
2. जन्म तिथि वैवाहिक स्थिति
3. वर्ष में किस कक्षा में पढ़ रहा/रही थी (मूल्यांकन पत्र अभिप्रमाणित कर संलग्न करें)
Enclose..... Marksheet duly attested & Seal
4. वर्ष में किस कक्षा में पढ़ रहा/रही है
5. वर्तमान कक्षा में प्रवेश तिथि 6. आवेदक के साथ छात्र का संबंध
7. पाठ्य क्रम की अवधि 8. संस्थान का नाम जहाँ पढ़ रहा/रही है (.....)
9. पिछली कक्षा में प्राप्तांक - कुलयोग पुर्नांक प्रतिशत वर्ष (.....)
(अंक पत्र की अभिप्रमाणित प्रति संलग्न करें)
10. क्या किसी अन्य संस्थान से छात्रवृत्ति मिल रही है - / नहीं
11. मोबाइल नं० - कर्मी का

मैं घोषणा करता हूँ कि मेरे पुत्र /पुत्री के बारे में दिये गये उपयुक्त विवरण मेरी जानकारी में सही है। यदि उक्त विवरण किसी भी स्तर पर गलत पाये गये तो शासी निकाय के निर्णय के अनुसार उसकी पूर्ण जिम्मेवारी मेरी होगी तथा यह भी घोषणा करता हूँ कि दो वर्षों से अधिक का आवेदन प्रस्तुत नहीं करूँगा।

दिनांक :

स्थान :

कर्मचारी का हस्ताक्षर/बायें हाथ
के अंगुठे का निशान

नोट : आवेदन जमा करने की अन्तिम तिथि तक।

कृ० पू० ३०

(ग) प्रमाणित किया जाता है कि कोलियरी स्थापना अभिलेख के अनुसार श्री/श्रीमति
..... के बारे में उपर्युक्त दी गई सूचना सही है तथा श्री/कुमारी
..... आवेदक के पुत्र/पुत्री है।

दिनांक :
हस्ताक्षर
कार्मिक पदाधिकारी/प्रबंध/अधिकारी विभागाध्यक्ष

(घ) शिक्षण संस्थान द्वारा भरे जाने के लिये जहाँ छात्र में पढ़ रहा है/या पढ़ रही है।
यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ कुमारी..... जो
श्री/श्रीमती के पुत्र/पुत्री है तथा इस संस्थान में
..... कक्षा में सत्र में पढ़ रहा था/थी।
यह संस्थान द्वारा मान्यता प्राप्त है। वर्तमान कक्षा का सत्र
माह से प्रारम्भ हुआ है।

1. क्या प्रार्थी डिग्री पाठ्यक्रम में है?
2. क्या प्रार्थी डिप्लोमा पाठ्यक्रम में है ?
(यदि हो तो संस्थान के प्राचार्य से प्रमाणित होना आवश्यक है।)

संस्थान का नाम एवं पता (जहाँ वर्ष में पढ़ रहा है/या पढ़ रही थी).....
.....

दिनांक :
संस्थान के प्रधानाचार्य
हस्ताक्षर एवं मुहर

टिप्पणी :- (यदि प्रपत्र उचित रूप से भरा हुआ नहीं होना आने साथ में वेतन पर्ची की छायाप्रति एवं अंक पत्र अभिप्रमाणित
प्रति संलग्न नहीं होगी तो इसे रद्द कर दिया जायेगा)।

कर्मी अपना बैंक खाता का प्रतिलिपी अवश्य संलग्न करें, जिससे आपको वेतन भुगतान किया जाता है।



भारत कोकिंग कोल लिमिटेड

(कोल इण्डिया लिमिटेड का एक अंग)
मुख्यालय : कोयला भवन, धनबाद।

दावा प्रपत्र

(CLAIM FORM FOR LONG SICKNESS)

दीर्घ रूग्णता के मद में आर्थिक सहायता प्राप्ति हेतु।

1. कर्मचारी का नाम पदनाम
2. पिता का नाम
3. नियुक्ति स्थान कोलियरी/इकाई/क्षेत्र
4. कर्मी संख्या लागत केन्द्र
5. पीड़ित बिमारी का नाम
6. वेतन विहीनता की अवधि जिस अवधि में प्रबन्धन द्वारा कोई वेतन, भत्ता या अन्य आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं हुई हो - से दिनांक तक
7. राष्ट्रीय कोयला बेतन समझौता 4 के प्रावधानान्तर्गत 50 प्रतिशत वेतन प्राप्ति की अवधि - दिनांक से दिनांक तक
8. कर्मचारी दातव्य निधि कोष के सदस्य हैं या नहीं यदि है तो वेतन पर्ची की छाया प्रति संलग्न करें
9. सभी चिकित्सा संबंधी अभीलेखों की छाया प्रति संलग्न करें।

कर्मचारी का हस्ताक्षर/बायें अंगूठे का निशान

नियंत्रण पदाधिकारी का प्रमाण पत्र

श्री पिता/पति श्री/स्व०

कर्मी सं० लागत केन्द्र सं० विगत वर्ष

माह से बिमारी का नाम से पीड़ित है और इस

बीच इन्हें रा० को० वे० 4 के प्रावधानान्तर्गत दिनांक से तक 50 प्रतिशत

वेतन प्राप्त हुआ है तथा दिनांक से तक इन्हें प्रबन्ध द्वारा कोई वेतन,

भत्ता या अन्य आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं हुई है। आवेदक कर्मचारी दातव्य निधि कोष समिति के सदस्य हैं और नियमित अंशदान इनके वेतन से कटौती किया गया है। आवेदक के पास किसी प्रकार का छुट्टी पावना नहीं है।

तिथि

नियंत्रण पदाधिकारी का हस्ताक्षर

नाम

पदनाम

कार्यालय का मुहर

पूरे पते के सहित

**B. C. C. L. EMPLOYEES BENEVOLENT FUND SOCIETY****PAYMENT OF HONORARIUM**

Date

To
The Secretary
B. C. C. L. Employees, Benevolent Fund Society
Koyla Bhawan.

Sub :- Payment of Honorarium.

Dear Sir,

This is to inform you that I was member of the B. C. C. L. Employees, Benevolent Fund Society and have contributed w. e. f.

I have retired from my Service w. e. f. It is therefore, requested that the honorarium as per the Byelaws of the Society may kindly be paid to me at your earliest.

Name :

ID / P. P. No. :

Designation :

Colliery / Area :

LTI / Signature of the Employee

This is to certify that Shri has been contributing to the Benevolent Fund Society of B. C. C. L. w.e.f. and has since retired from Services w. e.

N. B. :- Photo Copy of Pay Slip of the Employee is to be Attached.

Manager / Agent / P. O. / P. M.

Colliery / Area