

नमुना २ (सुधारीत) फार्म २ (संशोधित) Form - 2 (REVISED)
 नाम निर्देशन व जाहीरनामा नमुना
 सूट न मिळालेल्या / मिळालेल्या संस्थासाठी
 अछूट प्राप्त / छूट प्राप्त स्थापनाओं हेतु नामांकन और घोषणा फार्म
NOMINATION AND DECLARATION FORM
FOR UNEXEMPTED / EXEMPTED ESTABLISHMENTS

कर्मचारी भविष्य निधि व कर्मचारी निवृत्ति वेतन योजने अंतर्गत करण्यात आलेला

जाहीरनामा व नाम निर्देशनाचा नमुना

कर्मचारी भविष्य निधि एवं कर्मचारी पेंशन स्कीम के अन्तर्गत घोषणा एवं नामांकन फार्म ।

Declaration and Nomination Form under the Employees' Provident Fund & Employees' Pension Scheme

(कर्मचारी भविष्य निर्वाह निधि योजना 1952 च्या परिच्छेद 33 व 61 (1) व

कर्मचारी निवृत्ति वेतन योजना 1995 च्या परिच्छेद 18 च्या संदर्भात)

(कर्मचारी भविष्य निधि स्कीम 1952 के पैरा 33 और 61 (1) एवं

कर्मचारी पेन्शन स्कीम 1995 का पैरा 18)

(Paragraph 33 & 61 (1) of the Employees' Provident Fund Scheme, 1952 & Paragraph 18 of the Employees' Pension Scheme, 1995)

<p>1. नांव (स्पष्ट शब्दांत) नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name (In Block Letters) _____</p> <p>2. वडिल / पतिचे नांव पिता / पति का नाम Father's / Husband's Name : _____</p> <p>3. जन्मतारीख / जन्म तिथि / Date of Birth _____</p> <p>4. लिंग / लिंग / Sex _____</p> <p>5. विवाहाची स्थिति वैवाहिक स्थिति Marital Status _____</p>	<p>6. खाते नंबर खाता संख्या Account No. _____</p> <p>7. पत्ता / पता / Address : कायम / स्थायी / Permanent _____</p> <p>तात्पुरता / अस्थायी / Temporary _____</p>
---	--

PART - A (EPF) भाग - क (कर्मचारी भविष्यनिधि)

या जाहिर नाम्याद्वारे मी खालील नाम निर्देशन करीत आहे / आधी केलेले नाम निर्देशन रद्द करून, मी खालील व्यक्तीचा / व्यक्तींचा नाम निर्देशन करून माझ्या मृत्यू नंतर माझ्या खात्यांत जमा असलेले भविष्य निधीचे पैसे त्यांना मिळावे म्हणून, त्यांना माझे वारस म्हणून घोषित करीत आहे.

एतद् द्वारा मैं व्यक्ति(यो) को नामित / रद्द करता हूँ और अपनी मृत्यु हो जाने की दशा में नीचे उल्लिखित व्यक्ति(यो) को अपने खाते में जमा कर्मचारी भविष्य निधि राशि प्राप्त करने के लिए नामित करता हूँ ।

I hereby nominate the person(s) / cancel the nomination made by me previously and nominate the person(s), mentioned below to receive the amount standing to my credit in the Employees' Provident Fund, in the event of my death.

निर्देशित व्यक्तिये / व्यक्तियेचे नाव नामित / नामितों का नाम Name of the nominees	पत्ता पता Address	सभासदाशी असलेले निर्देशित व्यक्तिये / व्यक्तियेचे नाते सदस्य के साथ नामित का संबंध Nominee's relationship with the member	जन्मतारीख जन्मतिथि Date of Birth	निर्देशित व्यक्तिला / व्यक्तिला मिळणारी भविष्य निधीची एकूण रक्कम अगर हिस्सा कुल राशि अथवा भविष्य निधि राशि से प्रत्येकनामित को अदा कीया जानेवाला भाग Total amount or share of accumulations in Provi- dent Fund to be paid to each nominee	निर्देशित व्यक्ति जर अज्ञान असेल तर पालकाचे नांव, नाते व पत्ता, जी व्यक्ति निर्देशित व्यक्तियेच्या अज्ञान काळात भविष्य निधीचे पैसे मिळण्यास पात्र असेल. यदि नामित छोटा है नाम और संबंध एवं उसके अमिभावक का पता जो नामित को छोटी आयु के दौरान पैसा प्राप्त करेगा । If the Nominee is a minor, name, relationship & address of the guardian who may receive the amount during the minority of nominee
1	2	3	4	5	6

- मी प्रमाणित करतो की कर्मचारी भविष्य निर्वाह निधि स्कीम १९५२ च्या परिच्छेद २ (जी) अन्वये केल्या गेलेल्या कुटुंबाच्या व्याख्येनुसार माझे कुटुंब अस्तित्वात नाही व त्या व्याख्येनुसार माझे कुटुंब अस्तित्वात आल्यावर वरील नाम निर्देशन रद्द करण्यात आले आहे असे समजावे.
 * प्रमाणित किया जाता है कि कर्मचारी भविष्य निधि स्कीम १९५२ में परिभाषित २ (छ) के अनुसार मेरा कोई परिवार नहीं है और इसके पश्चात यदि मेरा कोई परिवार होता है तो उपरोक्त नामांकन रद्द समझा जाए ।
 * Certified that I have no family as defined in para 2(g) of the Employees' Provident Fund Scheme, 1952 and should I acquire a family hereafter the above nomination should be deemed as cancelled.
- * माझे आई / वडील माझ्यावर अवलंबून आहे / आहेत.
 * प्रमाणित किया जाता है कि मेरे पिता / माता मुझ पर आश्रित हैं ।
 * Certified that my father/mother is/are dependent upon me.

जे उपयोगी नाही ते काढून टाका
 जो लागू नाही हे उसे काट दें ।
 Strike out whichever is not applicable.

सभासदाची सही अथवा अंगठ्याचा ठसा
 अभिदाता के हस्ताक्षर अथवा अंगुठे का निशान
 Signature or thumb impression of the subscriber

भाग 'ब' (निवृत्ति वेतन योजना) / भाग बी (क. पें. नि.) / PART-B (EPS)
परिच्छेद 18 / पैरा 18 / (Para 18)

मी या द्वारे नमुद करतो की माझ्या मृत्यु नंतर निवृत्ति वेतनांतर्गत मिळणारे फायदे माझी पत्नी / मुले यांना देण्यात यावेत.

एतद द्वारा, मैं अपने परिवार के सदस्यों का विवरण प्रेषित कर रहा हूँ जो मेरी मृत्यु होने की दशा में वैधव्य / बालक पेंशन प्राप्त करने के पात्र होंगे ।

I hereby furnish below particulars of the members of my family who would be eligible to receive family / widow / children Pension in the event of my death.

क्रमांक क्रम संख्या S. No	कुटुंबातील सभासदाचे नांव आणि पत्ता परिवार के सदस्य का नाम और पता Name & Address of the family member	जन्मतारीख जन्मतिथि Date of Birth	सभासदाची असलेले नाते सदस्य के साथ संबंध Relationship with the member
1.	2	3	4

- * मी प्रमाणित करतो की कर्मचारी वेतन योजना 1995 च्या परिच्छेद 2(7) मध्ये दिलेल्या कुटुंबाच्या व्याख्येनुसार माझे कुटुंब अस्तित्वात नाही व या नंतर माझे तसे कुटुंब जर अस्तित्वात आले तर वरील नमुन्यांत, मी त्याचा तपशील देईन.
 * प्रमाणित किया जाता है कि कर्मचारी पेंशन स्कीम 1995 में परिभाषित पैरा 2(7) के अनुसार मेरा कोई परिवार नहीं है और यदि इसके पश्चात मेरा कोई परिवार होता है मैं उपरोक्त फार्म में उनका ब्यौरा प्रेषित करूँगा ।
 * Certified that I have no family, as defined in para 2 (vii) of Employees' Pension Scheme, 1995 and should I acquire a family hereafter I shall furnish particulars thereon in the above form.

मी याद्वारा मी असे नमुद करतो / करते की परिच्छेद 16(2) (क) (i) आणि (ii) च्या अधीन महिन्याची कुटुंब पेन्शन देण्यासाठी माझ्या मृत्युनंतर माझ्या कुटुंबातील नामनिर्देशित केलेल्या व्यक्तित्व इतर कोणीही कुटुंबातील सदस्य नाही. मैं एतद द्वारा अपनी मृत्यु होने की दशा में पैरा 16(2) (क) (i) और (ii) के अधीन देय मासिक परिवार पेंशन देने के लिये नामित करता हूँ इनके अतिरिक्त पेंशन प्राप्त करने वाला परिवार का कोई सदस्य नहीं है।

I hereby nominate the following person for receiving the monthly widow pension (admissible under para 16(2) (a) (i) & (ii) in the event of my death without leaving any eligible family member for receiving pension.

नावनिर्देशकाचे नांव आणि पत्ता नामितों का नाम और पता Name & Address of the nominee	जन्मतारीख जन्मतिथि Date of Birth	सभासदाशी असलेले नाते सदस्य के साथ संबंध Relationship with the member

तारीख / दिनांक / Date

- * अनावश्यक मजकूर खोडून टाका
- * जो लागू नहीं है उसे काट दें।
- * Strike out whichever is not applicable.

सभासदाची सही अथवा अंगठ्याचा ठसा
अभिदाता के हस्ताक्षर अथवा अंगुठे का निशान
Signature or thumb impression of the subscriber

मालकाचे प्रमाणपत्र (नियोक्ता द्वारा प्रमाणपत्र) / CERTIFICATE BY EMPLOYER

प्रमाणित करण्यात येते की माझ्या संस्थेत काम करीत असलेले श्री / श्रीमती / कुमारी _____ यांनी वरील जाहीरनामा व नाम निर्देशन नमुन्यावर त्यावतील तपशील वाचल्यावर / वाचून दाखविण्यात आल्यावर त्याने / तिने नक्की केल्यावर माझ्या समक्ष सही केली आहे / असलेला अंगठ्याचा ठसा हा त्यांचाच आहे.
प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त घोषणा अथवा नामांकन को श्री / श्रीमती / कुमारी _____ ने जो मेरी स्थापना में कार्यरत है मेरे समक्ष हस्ताक्षर / अंगुठे का निशान लगाया है। उसने प्रविष्टियों को पढ़ा है। प्रविष्टियाँ उसके समक्ष मेरे द्वारा पढ़ी गईं और उसने उनकी पुष्टि की है।
Certified that the above declaration and nomination has been signed / thumb impressed before me by _____ employed in my establishment after he/she has read the entry / entries have been read over to him / her by me and got confirmed by him / her.

जागा :
स्थान :
Place :

स्थापना के नियोक्ता अथवा प्राधिकृत अधिकारीयों के हस्ताक्षर
Signature of the employer or other
authorised officers of the establishment

Designation
पदनाम

तारीख :
दिनांक :
Dated the :

संस्थेचे नांव आणि पत्ता किंवा रबरी शिक्का
स्थापना / फॅक्टरी का नाम और पता अथवा उनकी रबड़ की मोहर
Name & Address of the Factory / Establishment or Rubber Stamp thereof

(हा नमुना २ (सुधारित) विनामूल्य देण्यात येतो) (यह प्रपत्र निःशुल्क उपलब्ध है।) (This form is available free of cost.)

लेखानुभाग क्र. लेखा अनुभाग सं A/c. Gr. No.	क्षेत्रीय / उप क्षेत्रीय / उपलेखा कार्यालय Regional / Sub-Regional / Sub-Accounts Office	
आरंभीचा दिनांक लागून होने की तारीख Dae of Joining	क.भ.नि. / क.भ.नि. / E.P.F. _____ प.पे.नि. / प.पे.नि. / F.P.F. _____ क.पे.नि. / क.पे.नि. / E.P.S. _____	
लिपिक सं.लि. C. C.	अनु-प्रभारी मु.लि. H. C.	स.ले.अ. स.ले.अ. A.A.O.