



कर्मचारी भविष्य निधि संगठन
EMPLOYEES' PROVIDENT FUNDS ORGANISATION

संयुक्त दावा प्रपत्र (आधार रहित)
COMPOSITE CLAIM FORM (NON-AADHAR)

[फार्म सं. - 19 (भविष्य निधि के अंतिम निपटान/10सी (पेंशन प्रत्याहरण लाभ)/31 भविष्य निधि का आंशिक प्रत्याहरण)]
[FORM NO - 19 (PF FINAL SETTLEMENT)/10C (PENSION WITHDRAWAL BENEFITS)/31 (PF PART WITHDRAWAL)]

1	दावा जिसके लिए आवेदन किया गया है: i) भ.नि. का अंतिम निपटान () ii) पेंशन प्रत्याहरण लाभ () iii) भ.नि. का आंशिक प्रत्याहरण () (जो लागू हो, उस पर ✓का निशान लगाएं) Claim applied for i) Final PF Settlement () ii) Pension Withdrawal Benefits () iii) PF PART WITHDRAWAL () (जो लागू हो, उस पर ✓का निशान लगाएं) (Tick whichever is/are applicable)	
2	सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Name of the member (IN CAPITAL LETTERS)	
3	(क) यूनिवर्सल खाता संख्या (यू.ए.एन.) / Universal Account Number (UAN) (ख) भ.नि. खाता संख्या (यदि यू.ए.एन. उपलब्ध नहीं है) / P.F Account No. (in case UAN not available)	क): ख):
4	आधार संख्या (सीडिंग के लिए) / Aadhar Number (for seeding):	
5	क) पिता का नाम/ Father's Name: ख) पति का नाम/ Husband's Name:	क): ख):
6	जन्म तिथि/ Date of Birth:	
7	स्थापना में कार्यग्रहण करने की तिथि/ Date of joining the establishment:	
8	नौकरी छोड़ने की तिथि: (यदि आवेदन भ.नि. के आंशिक प्रत्याहरण के लिए है तो आवश्यक नहीं) Date of leaving service: (not required if applying for PF Part Withdrawal)	
9	क) स्थायी खाता संख्या (पैन): (केवल पांच वर्ष के कम का सेवा काल होने पर) (फार्म सं. 15जी/15एच की दो प्रतियां संलग्न करें, यदि लागू हो) Permanent Account No. (PAN): (Only in case of service less than 5 years) (Please enclose two copies of Form No. 15G/15H, if applicable) ख) नौकरी छोड़ने का कारण/Reason of leaving Service: - सेवा समाप्ति (क) स्वस्थ स्वास्थ्य के कारण (ख) नियोजता के व्यापार के संकुचन विच्छेदन के कारण या (ग) सदस्य के नियंत्रण से परे कोई कारण - Service terminated on account of (a) ill health of member (b) Contraction/Discontinuation of employer's business of (c) Other Cause beyond the control of the member - व्यक्तिगत कारण कारण/Personal Reasons	
10	क) भ.नि. के आंशिक प्रत्याहरण का उद्देश्य (जो भी लागू हो, उस पर ✓का निशान लगाएं) Purpose of PF Part Withdrawal: (Tick whichever applicable) ख) राशि (रुपये में)/Amount (in Rs.): ग) साइट/मकान/फ्लैट या "एजेंसी" के माध्यम से निर्माण या आवासीय ऋण या एल.आई.सी. की अवधि की उद्देश्य से दी जाने वाली राशि के लिए प्राप्तकर्ता का पता और चेक जिसके पक्ष में बनाया जाना है दर्शाएं। For purpose of Site/House/Flat or Construction through "agency" or Repayment of Housing Loan or LIC, indicate cheque to be drawn "in favour of" and payee's address.	क्र.सं. SN भ.नि. के आंशिक प्रत्याहरण का उद्देश्य Purpose of PF Part Withdrawal I आवासीय ऋण/साइट/मकान/फ्लैट की खरीद या निर्माण/बढ़ाने के लिए मौजूदा मकान में परिवर्तन/ आवासीय ऋण की अवधि (पैरा 68बी/68बीबी/68बीसी)/ Housing Loan/Purchase of site/House/Flat or for Construction/Addition alteration in existing house/Repayment of Housing loan (Para 68B/68BB/68BC) II फैक्ट्री में ताला बंद होना। (पैरा 68एच) Lockout or closure of factory (Para 68H) III सदस्य/परिवार की बीमारी (पैरा 68जे) Illness of member/family (Para 68J) IV स्वयं/पुत्र/पुत्री/भाई/बहन का विवाह (पैरा 68के) Marriage of self/son/daughter/brother/sister (Para 68K) V बच्चों की मैट्रिक के बाद की शिक्षा (पैरा 68के) Post Matriculation education of children (Para 68K) VI प्राकृतिक आपदा (पैरा 68एल) Natural calamity (Para 68L) VII स्थापना में बिजली की कटौती (पैरा 68एम) Cut in electricity in establishment (Para 68M) VIII शारीरिक रूप से विकलांग के लिए अग्रिम (पैरा 68एन) Advance for Physically handicapped (Para 68N) IX सेवानिवृत्ति से एक वर्ष पूर्व (पैरा 68एनएन) One year before retirement (Para 68NN) X चरिष्ठ पेंशन बीमा योजना में निवेश (पैरा 68 एनएनएन) Investment in Varistha Pension Bima Yojana (Para 68NNN)
11	भुगतान के लिए बैंक खाते का विवरण/Bank Account details for payment: (कृपया निरस्त चेक की प्रति/बैंक पासबुक के पहले पृष्ठ की सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें।) (Please attach a copy of cancelled cheque/attested copy of first page of Pass Book)	बचत बैंक खाता सं./Saving Bank Account No. बैंक का नाम एवं पता/Name & address of the Bank आई.एफ.एस.कोड/IFS Code
12	पूरा डाक पता/Full Postal address	पिन/Pin

- सदस्य यह घोषणा करता है कि वह दो माह से नौकरी नहीं कर रहा है (हां/नहीं) / - प्रमाणित करता हूँ कि विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है।
The member hereby declares that he has not been employed for two months (Yes/No.) - Certified that particulars are true to the best of my knowledge
- यदि राशि का उपयोग उपर्युक्त कॉलम (10) में दिए गए उद्देश्य के अलावा किसी अन्य उद्देश्य के लिए होता है तो मैं संपूर्ण राशि को ब्याज सहित वापस करने के लिए उत्तरदायी हूँ।
In case the amount is used for any purpose other than stated in column (10) above, I am liable to return the entire amount with penal interest.

सदस्य के हस्ताक्षर/Member's Signature

नियोक्ता के हस्ताक्षर/Employer's Signature
नियोक्ता का पदनाम एवं सील/ Designation & Seal of Employer

CERTIFICATE-A

(Refer-Instruction Sl. No.-6)

Certify that no compensation was paid to the member Sh./Smt..... for the period of lock out/closure.

(Signature of the Employer Authorized official with dated seal)

CERTIFICATE-B

(Refer-Instruction Sl. No. 7)

- (i) Certified (i) the member Shri/Smt.....has/had been granted leave for a period offrom.....in.....
- (ii) the ESI facilities/Cash benefits are not actually available to the member the member has ceased to be eligible for cash benefits under ESI-Certificate from ESI-enclosed.

CERTIFICATE-C

(Refer-Instruction Sl. No. 8)

Medical certificate to be issued (i) In case of major surgical operation or where the hospitalization for one month or more had become necessary the Doctor of the Government E.S.I. Private Hospital (iii) in case of treatment of Heart ailment or mental derangement. By a Specialist Doctor.

(ii) Certified that Shri/Smt./Kum.....S/o. W/o. D/o.....

* (i) is suffering from T.B. Leprosy/Paralysis/Cancer/Mental Derangement/Heart ailment.

* (ii) is suffering from and.....for which a major surgical operation/and Hospitalization

(disease)

For a period ofdays from.....to.....has or has become necessary

* (iii) is suffering from.....and Hospitalization for period of one month

w.e.f.....to.....has or has become necessary.

*Delete if applicable.

Signature of Doctor with official Seal

CERTIFICATE-D

(Refer-Instruction Sl. No. 11)

Certified that the movable/immovable property of Shri.....viz.....situated at.....has been damaged due to.....calamity is valued at Rs.....

The State Government has declared that the calamity has affected the general public in the area in which the property of the member/is was located vide notification/Press release No. and date.....

(Signature of Employer/Revenue Official)
Gazetted Officer/MLA/MP/Member of CBT
Regional Committee with seal and date

CERTIFICATE-E

(Refer-Instruction Sl. No. 12)

Certificate that the fall of wage amounting to 25% more than 25% of the wage in respect of Shri/Smt.....is due to power cut:

(Signature of the Employer/Authorized)
Official with dated seal)

CERTIFICATE-F

(Refer-Instruction Sl. No. 12)

Medical Certificate from a competent Medical practitioner.

Certificate that Shri/Smt./Kum.....and requires the equipment viz.....Costing about Rs.....intimise the hardship on account of handicap.

(Signature of the Doctor with date and seal)