

# कर्मचारी भविष्य निधि संगठन

EMPLOYEES PROVIDENT FUND ORGANISATION

(श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार)

MINISTRY OF LABOUR AND EMPLOYMENT, GOVERNMENT OF INDIA

मुख्य कार्यालय / Head Office

भविष्य निधि भवन, 14, भीकाजी कामा प्लेस नई दिल्ली - 110066

Bhavishya Nidhi Bhawan, 14, Bhikaji Cama Place, New Delhi- 110066

www.epfindia.gov.in, www.epfindia.nic.in

संख्या: पेंशन 2/4/स्पष्टीकरण/2010/खण्ड-V

दिनांक

सेवा में,

सभी अपर केन्द्रीय भविष्य निधि आयुक्त  
सभी क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त  
सभी प्रभारी अधिकारी, क्षेत्रीय/उप क्षेत्रीय कार्यालय

25 JAN 2012

विषय :- कर्मचारी पेंशन योजना 1995 के अन्तर्गत अशक्त बच्चों को मासिक बाल पेंशन स्वीकृत करना  
- पात्रता निर्धारित करने हेतु मापदण्ड।

महोदय,

आपका ध्यान मुख्यालय के परिपत्र संख्या पेंशन/विविध/2005/खण्ड-V/16045-180 दिनांक 25.05.2006 की ओर आकृष्ट किया जाता है जिसके द्वारा कर्मचारी पेंशन योजना 1995 के अन्तर्गत मानसिक रूप से अशक्त बच्चों को पेंशन स्वीकृत करने संबंधी निर्देश जारी किए गए थे। यह स्पष्ट किया गया था कि मानसिक रूप से अशक्त बच्चों को पैरा 16(3)(ई) के अन्तर्गत पेंशन देने पर विचार किया जा सकता है बशर्ते चिकित्सा बोर्ड द्वारा प्रमाणित किया जाए कि मानसिक अशक्तता स्थायी है एवं इसमें सुधार की कोई गुंजाइश नहीं है।

तथापि, क्षेत्रीय कार्यालयों/दावाकर्ताओं से संदर्भ प्राप्त हुए थे कि परिपत्र संख्या पेंशन/2/4/स्पष्टीकरण/96/बी/खण्ड-II/ दिनांक 08.09.2006 के द्वारा परिचालित वर्तमान प्रपत्र कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अशक्त सदस्यों के लिए है न कि सदस्यों के अशक्त बच्चों के लिए।

तदनुसार, कर्मचारी पेंशन योजना 1995 के अन्तर्गत बच्चों को अशक्तता पेंशन स्वीकृत करने हेतु विशेष रूप से बनाए गए प्रपत्र अर्थात् शारीरिक अशक्तता के लिए, सी.डी.पी.-I एवं मानसिक अशक्तता के लिए, सी.डी.पी.-II, संबंधित केन्द्रीय सरकार/राज्य सरकार/क.रा.बी.नि./कोई अन्य स्थानीय प्राधिकारी अस्पताल/ बोर्ड गठित करने में सक्षम संस्थान के लिए प्रधिकार पत्र जारी करने हेतु प्रपत्र सहित, संलग्न है।

इस विषय से संबंधित सभी संदर्भों को उपर्युक्तानुसार निर्णीत माना जाए।

अनुरोध है कि सभी पात्र बच्चों को उनके देय लाभ दिया जाना सुनिश्चित करने हेतु प्रयास किए जाएं।

संलग्न : यथोपरि

भवदीया,



(अमरसजिता जग्गी)  
क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त -II(पेंशन)

कर्मचारी भविष्य निधि संगठन  
(श्रम मंत्रालय - भारत सरकार)  
क्षे.का./उ.क्षे.का. \_\_\_\_\_

संख्या

दिनांक

सेवा में,

अस्पताल/संस्थान का नाम \_\_\_\_\_

(केन्द्र सरकार का अथवा राज्य सरकार अथवा क.रा.बी.नि. अथवा कोई अन्य स्थानीय प्राधिकारी होना चाहिए)

विषय : कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अन्तर्गत अशक्तता बाल पेंशन का दावा जारी करने हेतु चिकित्सा प्रमाण पत्र जारी करना।

श्री/कुमारी/श्रीमती \_\_\_\_\_ सुपुत्र/सुपुत्री/धर्मपत्नी \_\_\_\_\_

आयु \_\_\_\_\_ वर्ष की कर्मचारी पेंशन योजना 1995 के अन्तर्गत, इस आधार पर कि वह अशक्त है, अशक्त बाल पेंशन हेतु उनके आवेदन पर विचार करने हेतु चिकित्सा जांच की जानी है।

अनुरोध किया जाता है कि उनकी जांच एवं संलग्न प्रपत्र में चिकित्सा प्रमाणपत्र जारी करने हेतु एक चिकित्सा बोर्ड का गठन करें। प्रमाणपत्र कृपया सीधे अधोहस्ताक्षरी को प्रेषित करें।

बच्चे के पहचान चिन्ह एवं फोटो इस पर्ची के साथ संलग्न हैं।

चिकित्सा जांच की तिथि एवं स्थान की सूचना उस व्यक्ति को दे दें जिसका पता नीचे दिया गया है। यह व्यक्ति चिकित्सा जांच का खर्च वहन करेगा।

संलग्न : यथोपरि

सहायक भविष्य निधि आयुक्त  
(पेंशन)

प्रतिलिपि अग्रेषित :

सेवा में,

श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ (पूरा पता)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

अस्पताल प्राधिकारी से सूचना प्राप्त होने पर वे सुनिश्चित करें कि बच्चा चिकित्सा बोर्ड के समक्ष उनके पत्र में बताए समय एवं तिथि को उपस्थित हो।

प्रपत्र -I  
सी.डी.पी. -I

कर्मचारी पेंशन योजना 1995 के अन्तर्गत शारीरिक अशक्तता के लिए मासिक बाल अशक्तता पेंशन का दावा करने हेतु जारी चिकित्सा प्रमाण - पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कुमारी/श्रीमती \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_ वर्ष सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी \_\_\_\_\_ हमारे समक्ष (दिनांक) \_\_\_\_\_ को उपस्थित हुआ/हुई।

हमने सावधानीपूर्वक उसकी जांच की है एवं प्रमाणित करते हैं कि वह शारीरिक रूप से पूर्णतः स्थायी अशक्त है।

स्थायी रूप से पूर्णतः शारीरिक अशक्तता का विवरण निम्नानुसार है :-

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

स्थान :

हस्ताक्षर  
(चिकित्सा बोर्ड के सदस्य एवं अध्यक्ष)

दिनांक :

मोहर

प्रपत्र -II  
सी.डी.पी. -II

कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अन्तर्गत मानसिक अशक्तता के लिए मासिक बाल अशक्तता पेंशन का दावा करने हेतु जारी चिकित्सा प्रमाण- पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कुमारी/श्रीमती \_\_\_\_\_  
आयु \_\_\_\_\_ वर्ष सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी \_\_\_\_\_  
हमारे समक्ष (दिनांक) \_\_\_\_\_ को उपस्थित हुआ/हुई।

हमने सावधानीपूर्वक उसकी जांच की है एवं प्रमाणित करते हैं कि उसे स्थायी मानसिक अशक्तता है जिसमें सुधार की गुंजाइश नहीं है।

स्थायी एवं अपरिवर्त्य मानसिक अशक्तता का विवरण निम्नानुसार है :-

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

स्थान :

हस्ताक्षर  
(चिकित्सा बोर्ड के सदस्य एवं अध्यक्ष)

दिनांक :

मोहर