

**राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड**  
**NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND**

संदर्भ सं० / Ref. No. \_\_\_\_\_

दिनांक / Date: \_\_\_\_\_

ब्रीफकेस  आफिस बैग  लेडीज पर्स  की प्रतिपूर्ति के लिए अनुरोध

REQUEST FOR REIMBURSEMENT OF BRIEFCASE  OFFICE BAG  LADIES PURSE

(Ref.: Finance Committee resolution vide agenda item no.FC 18.06 dated 22/06/2019)

नाम / Name: \_\_\_\_\_ कर्मचारी कोड / Emp. Code: \_\_\_\_\_

पदनाम / Designation: \_\_\_\_\_ वेतन स्तर / Pay Level: \_\_\_\_\_

विभाग / अनुभाग / Dept./Section: \_\_\_\_\_ कार्यभार ग्रहण की तिथि / Date of Joining: \_\_\_\_\_

सं०सं० S.No.	विवरण / Particulars	ऊपरी लागत की सीमा Upper Cost ceiling
1.	निदेशक / उप-निदेशक / Director/Dy. Director	₹8,000/-
2.	निदेशक / उप-निदेशक / Registrar/Professor	₹6,500/-
3.	सह-प्राध्यापक / सहायक प्राध्यापक (ग्रेड-प्रथम) / संयुक्त कुलसचिव / उप-कुलसचिव Associate Professor / Assistant Professor (Gr-I) / Joint Registrar / Deputy Registrar	₹5,000/-
4.	सभी ग्रुप-ए अधिकारी (वेतन मैट्रिक्स स्तर-10 एवं 11) All Group-A Officer (Pay Matrix Level-10 and 11)	₹4,000/-
5.	सभी ग्रुप-बी कर्मचारी / All Group-B employees	₹3,500/-

अंतिम दावा तिथि / The last claimed date: \_\_\_\_\_ अंतिम दावा की गई राशि / The last claimed amount: \_\_\_\_\_

कृपया ₹ \_\_\_\_\_ की कुल राशि स्वीकृत की जाए। मैं आगे घोषणा करता हूँ कि:

The total amount of ₹ \_\_\_\_\_ may please be approved. I further declare that:

- ब्रीफकेस / आफिस बैग / लेडीज पर्स जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है, मेरे द्वारा ही खरीदा गया है।  
*The Briefcase/Office Bag/Ladies Purse in respect of which reimbursement is claimed, is/are purchased by me.*
- जिस राशि के लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया जा रहा है, उसका वास्तव में मेरे द्वारा ही भुगतान किया गया है तथा किसी अन्य स्रोत द्वारा दावा नहीं किया गया है / नहीं किया जाएगा।  
*The amount for which reimbursement is being claimed has actually been paid by me and has not/will not be claimed by any other source*
- ब्रीफकेस / आफिस बैग / लेडीज पर्स केवल आधिकारिक उपयोग के लिए ही खरीदा गया है।  
*The Briefcase/Office Bag/Ladies Purse has been purchased for the official use only.*

मैं प्रतिपूर्ति हेतु वैध बिल की मूल प्रति संलग्न करता हूँ।

I hereby attached the valid bill in original for reimbursement.

स्थापना अनुभाग को अग्रेषित / Forwarded to Establishment

कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of Employee

विभागाध्यक्ष / अनुभाग प्रमुख / समन्वयक के प्रतिहस्ताक्षर

Counter Signature of the HoD/Section Head/Coordinator

**केवल कार्यालय प्रयोग हेतु / FOR OFFICE USE ONLY**

- अंतिम दावा तिथि / Last claim date : \_\_\_\_\_
- अंतिम दावा राशि / Last claim amount : \_\_\_\_\_
- वर्तमान दावा राशि / Present claimed amount : \_\_\_\_\_
- दावा स्वीकार्य / Claim admissible : \_\_\_\_\_

कनिष्ठ सहायक (स्थापना)  
Junior Assistant (Estt.)

अधीक्षक (स्थापना)  
Superintendent (Estt.)

सहायक / उप-कुलसचिव (स्थापना)  
Asstt./Dy. Registrar (Estt.)

कनिष्ठ सहायक (लेखा)  
Junior Assistant (A/cs.)

अधीक्षक (लेखा)  
Superintendent (A/cs.)

सहायक / उप-कुलसचिव (लेखा)  
Asstt./Dy. Registrar (A/cs.)

नोट: संबंधित की फाइल में रिकार्ड रखने हेतु, लेखा अनुभाग इस प्रपत्र की फोटोकॉपी स्थापना अनुभाग को अग्रेषित करेगा।

NOTE: Account Section shall forward photocopy of this form to Establishment Section for keeping the record in the respective file.