

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

संदर्भ सं० / Ref. No. NITUK/ \_\_\_\_\_ **गैर-संकाय / NON-FACULTY** दिनांक / Date: \_\_\_\_\_

**मातृत्व छुट्टी/पितृत्व छुट्टी/बाल देखभाल छुट्टी/बाल गोद छुट्टी/अस्पताल छुट्टी हेतु आवेदन**  
**Application for Maternity Leave/Paternity Leave/Child Care Leave/Child Adoption Leave/Hospital Leave**

1. नाम / Name : \_\_\_\_\_
2. पद एवं विभाग / अनुभाग / Designation & Dept./Section : \_\_\_\_\_
3. छुट्टी की प्रकृति / Nature of Leave :  मातृत्व छुट्टी / Maternity Leave\* (अधिकतम / Maximum 180 days)  पितृत्व छुट्टी / Paternity Leave\* (अधिकतम / Maximum 15 days)  
 बाल देखभाल छुट्टी (महिला) / CCL(F) (अधिकतम / Maximum 730 days)  बाल देखभाल छुट्टी (पुरुष) / CCL(M) (अधिकतम / Maximum 730 days)  
 बाल गोद छुट्टी (महिला) / CAL(F) (अधिकतम / Maximum 180 days)  बाल गोद छुट्टी (पुरुष) / CAL(M) (अधिकतम / Maximum 15 days)  
 गर्भपात के लिए मातृत्व छुट्टी / Maternity Leave for miscarriage including abortion (अधिकतम / Maximum 45 days)  
 WRIL - अस्पताल में भर्ती होने की पूरी अवधि के दौरान सभी कर्मचारियों को पूर्ण वेतन और भत्ते दिये जायेंगे। अस्पताल में भर्ती होने के बाद कर्मचारी को पहले 6 महीनों के लिए पूर्ण वेतन एवं भत्ते और अगले 12 महीनों के लिए आधा वेतन दिया जायेगा। / Full pay and allowances will be granted to all employees during the entire period of hospitalization. Beyond hospitalization employee shall be paid full pay and allowances for the first 6 months and Half pay for next 12 months.
4. अवधि / Period : से / From \_\_\_\_\_ तक / To \_\_\_\_\_ कुल दिन / Total days: \_\_\_\_\_
5. अन्य छुट्टी के साथ संयोजन / Combination of other leave :  अर्जित छुट्टी  अर्धवेतन छुट्टी  परिवर्तित छुट्टी  प्रतिबंधित अवकाश  
 Earned Leave  Half Pay Leave  Commuted Leave  Restricted Holiday  
 विश्राम / Vacation  अन्य / Other  
से / From \_\_\_\_\_ तक / To \_\_\_\_\_ कुल दिन / Total days: \_\_\_\_\_
6. अवकाश से पहले / Prefixed : अवकाश से पहले / Prefixed: \_\_\_\_\_ कुल दिन / Total days = \_\_\_\_\_  
अवकाश के बाद / Suffixed : अवकाश के बाद / Suffixed: \_\_\_\_\_ कुल दिन / Total days = \_\_\_\_\_
7. स्टेशन छुट्टी की आवश्यकता / Station Leave required : से / From \_\_\_\_\_ तक / To \_\_\_\_\_ कुल दिन / Total days: \_\_\_\_\_
8. छुट्टी के दौरान का पूरा पता : \_\_\_\_\_  
मोबाईल नम्बर सहित / Complete address during leave with mobile no. \_\_\_\_\_
9. सौंपे गये कर्तव्यों और अन्य प्रशासनिक कार्यों के लिए वैकल्पिक व्यवस्था:  
Alternate arrangements for assigned duties and other Administration work:

क.सं. S.No.	दिनांक / Date	गैर-संकाय का नाम / Name of non-faculty	सौंपे गये कर्तव्य / Assigned duties	हस्ताक्षर / Signature

\* प्रसूति / बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र संलग्न करें। / Enclose the proof of confinement / Birth Certificate of child.

दिनांक / Date: \_\_\_\_\_

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of employee

10. विभाग / अनुभाग कार्यालय द्वारा भरा जायेगा।  
To be filled by Dept./Section Office

अग्रेषित / Forwarded  अग्रेषित नहीं किया गया / Not Forwarded

वर्ष 20\_\_ के दौरान अब तक ली गई कुल स्टेशन छुट्टी : \_\_\_\_\_  
Total station leave taken during the year of 20\_\_ : \_\_\_\_\_

विभागाध्यक्ष / अनुभाग प्रमुख / समन्वयक / कुलसचिव / निदेशक के प्रतिहस्ताक्षर  
Counter Signature of HoD/Section Head/Registrar/Director

# राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड

## NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, UTTARAKHAND

केवल स्थापना अनुभाग के प्रयोग हेतु / FOR ESTABLISHMENT SECTION USE ONLY

11. आवेदन पत्र प्राप्त हुआ / Application received on \_\_\_\_\_

12. प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित छुट्टी प्रो०/डॉ०/श्रीमती/कु०/श्रीमान \_\_\_\_\_ को स्वीकार्य है। / Certified that the following leave is admissible to Prof./Dr./Mrs./Ms./Mr. \_\_\_\_\_

	मातृत्व छुट्टी / Maternity Leave	पितृत्व छुट्टी / Paternity Leave	बाल देखभाल छुट्टी / Child Care Leave *	बाल गोद छुट्टी / Child Adoption Leave		गर्भपात सहित गर्भपात के लिए मातृत्व छुट्टी / Maternity Leave for miscarriage including abortion***	WRIL #
				महिला / Female **	पुरुष / Male **		
अ/ a) जमा छुट्टी / Leave at Credit	180	15		180	15	45	
ब/ b) छुट्टी के लिए आवेदन / Leave Applied	दिनांक / Date	____/____/20____ से/ to ____/____/20____	____/____/20____ से/ to ____/____/20____	____/____/20____ से/ to ____/____/20____	____/____/20____ से/ to ____/____/20____	____/____/20____ से/ to ____/____/20____	____/____/20____ से/ to ____/____/20____
	दिन / Days						
स/ c) शेष छुट्टी (अ-ब) / Balance of Leave (a-b)	-	-		-	-	-	-
टिप्पणियां / Remarks							

- पितृत्व छुट्टी बच्चे के जन्म के लिए पत्नी के प्रसव के दौरान, बच्चे के डिलीवरी की तारीख से 15 दिन पहले तक या बच्चे के जन्म से छह माह तक दिया जा सकता है।
- महिला कर्मचारी को 60 दिनों से अधिक की परिवर्तित छुट्टी चिकित्सा प्रमाण पत्र प्रस्तुत किए बिना, मातृत्व, बाल देखभाल तथा बाल गोद छुट्टी के साथ दी जा सकती है।
- \* बाल देखभाल छुट्टी एक कैलेंडर वर्ष में और परीक्षा अवधि के दौरान 05 दिनों से कम और 03 से अधिक अवधि की अनुमति प्रदान नहीं की जायेगी। एकल महिला कर्मचारी के लिए, बाल देखभाल छुट्टी एक कैलेंडर वर्ष में 06 बार की अवधि के लिए प्रदान की जायेगी। कर्मचारी को बाल देखभाल छुट्टी के लिए छुट्टी यात्रा रियायत भी दी जायेगी। बाल देखभाल छुट्टी एकल पुरुष पिता के लिए भी लागू है, जिसमें अविवाहित या विधुर या तलाकशुदा कर्मचारी हो सकते हैं। बाल देखभाल छुट्टी पहले 365 दिनों के लिए छुट्टी वेतन के साथ 100% और अगले 365 दिनों के लिए छुट्टी वेतन के 80% पर दी जायेगी।
- \*\* एक वर्ष के कम उम्र के बच्चे को गोद लेने के लिए, दो जीवित बच्चे होने पर स्वीकार्य नहीं है।
- \*\*\* चिकित्सा प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर महिला सरकारी कर्मचारी की पूरी सेवा अवधि में एक बार (लेकिन संभावित गर्भपात में नहीं)।
- # कार्य संबंधी बिमारी और चोट छुट्टी WRIL सरकारी कर्मचारियों के लिए हकदार है, जो अपने आधिकारिक कर्तव्यों के प्रदर्शन के दौरान या अपनी आधिकारिक स्थिति के परिणामस्वरूप होने वाली बिमारी या चोट से पीड़ित हैं। चिकित्सा प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर WRIL प्रदान किया जायेगा। उस अवधि के दौरान कोई अर्जित छुट्टी या अर्धवेतन छुट्टी जमा नहीं किया जायेगा जब कर्मचारी WRIL पर है।

ब्यौरे की जाँच की गई तथा सेवा पुस्तिका में दर्ज किया / Particulars checked and recorded in service book

जांच एवं सत्यापित किया /  
Checked & verified

संस्तुत  
Recommended

संस्तुत नहीं किया गया  
Not Recommended

**कनिष्ठ सहायक (स्थापना)**  
Junior Assistant (Estt.)

**अधीक्षक (स्थापना)**  
Superintendent (Estt.)

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

कुलसचिव / Registrar

निदेशक / Director

सेवा में / To

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

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

**प्रपत्र-3 एवं 4 / FORM-3 & 4**

**छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के रुपांतरण के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र**  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

मैं \_\_\_\_\_ मामले की सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जांच के पश्चात प्रमाणित करता/करती हूँ कि डॉ०/श्रीमान/श्रीमती/कु० \_\_\_\_\_ जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिये गये हैं \_\_\_\_\_ से पीड़ित है और मैं मानता/मानती हूँ कि दिनांक \_\_\_\_\_ से छुट्टी से अनुपस्थिति की अवधि उनके स्वास्थ्य की बहाली के लिए नितांत आवश्यक है।

Signature of the Government servant \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ after careful personal examination of the case hereby certify that Dr./Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_ whose signature is given above, is suffering from \_\_\_\_\_ and I consider that a period of absence from duty with effect from \_\_\_\_\_ is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

दिनांक / Date: \_\_\_\_\_

अधिकृत चिकित्सा परिचारक या अन्य पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर  
Authorized Medical Attendant or other Registered Medical Practitioner

**प्रपत्र-5 / FORM-5**

**छुट्टी पर लौटने के लिए कर्मचारी का स्वस्थता प्रमाण पत्र**  
**MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

हम/मैं \_\_\_\_\_ एतद्वारा प्रमाणित करते हैं कि हमने/मैंने डॉ०/श्रीमान/श्रीमती/कु० \_\_\_\_\_ की सावधानीपूर्वक जांच की है जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिये गये हैं और यह पाते हैं कि वह अपनी बीमारी से ठीक हो गये/गयीं हैं और एनआईटी उत्तराखण्ड में फिर से अपने कर्तव्यों को दिनांक \_\_\_\_\_ से शुरू करने के लिए फिट हैं। हम/मैं यह भी प्रमाणित करते हैं कि इस निर्णय पर पहुंचने से पूर्व, हमने/मैंने मामले के मूल चिकित्सा प्रमाणपत्र और विवरण (या उसकी प्रमाणित प्रतियों) की जांच की है जिस पर छुट्टी दी गई थी या बढ़ाई गई थी और हमारे/मेरे निर्णय पर पहुंचने में हमने/मैंने इन्हें ध्यान में रखा है।

Signature of the Government servant \_\_\_\_\_

We/I \_\_\_\_\_ do hereby certify that We/I have carefully examined Dr./Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_ whose signature is given above, and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in NIT Uttarakhand with effect from \_\_\_\_\_. We/I also certify that before arriving at this decision, We/I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at our/my decision.

दिनांक / Date: \_\_\_\_\_

सिविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/अधिकृत चिकित्सा परिचारक/पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर  
Civil Surgeon/Staff Surgeon/Authorized Medical Attendant/ Registered Medical Practitioner

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

सं०सं०/Ref. No.NITUK/\_\_\_\_\_

दिनांक/Date:\_\_\_\_\_

**कार्यग्रहण रिपोर्ट / JOINING REPORT**

सेवा में/To

कुलसचिव/The Registrar

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, उत्तराखण्ड/National Institute of Technology, Uttarakhand

श्रीनगर (गढ़वाल), उत्तराखण्ड/Srinagar (Garhwal), Uttarakhand

महोदय/Sir,

कार्यालय आदेश संख्या०A-\_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ के अनुपालन में एवं निम्नलिखित छुट्टी/छुट्टियों की समाप्ति पर  
With reference to the Office Order No.A-\_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_ and on expiry of

- मातृत्व छुट्टी/Maternity Leave
- पितृत्व छुट्टी/Paternity Leave
- बाल देखभाल छुट्टी (महिला)/Child Care Leave (Female)
- बाल गोद छुट्टी (महिला)/Child Adoption Leave (Female)\*
- बाल गोद छुट्टी (पुरुष)/Child Adoption Leave (Male)\*
- गर्भपात सहित गर्भपात के लिए मातृत्व छुट्टी/ Maternity Leave for miscarriage including abortion\*\*
- अस्पताल छुट्टी/Hospital Leave\*\*

मेरे द्वारा कार्यग्रहण दिनांक ..... (पूर्वाहन) से ग्रहण कर लिया है।  
I report for duty with effect from \_\_\_\_\_ (FN).

\* बाल गोद प्रमाण पत्र जमा करें।/Submit Child adoption certificate from the Authorities.

\*\* चिकित्सा फिटनेस प्रमाण पत्र जमा करें।/Submit medical certificate from the Authorities.

सधन्यवाद/Thanking you,

दिनांक/Date: \_\_\_\_\_

कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of employee

नाम/Name:\_\_\_\_\_

पद/Designation:\_\_\_\_\_

विभाग/अनुभाग/Dept./Section:\_\_\_\_\_

स्थापना अनुभाग को अग्रसारित की जाती है।

Forwarded to the Estt. Section

विभागाध्यक्ष/अनुभाग अधिकारी/समन्वयक के हस्ताक्षर

Signature of HoD/Section Head/Coordinator

सेवा में/To

सहायक/उप कुलसचिव (स्थापना)/Asstt./Dy. Registrar (Establishment)