

**बैंक में नियुक्ति के लिए औपचारिकता पूर्ण करने हेतु ANNEXURE 01 से ANNEXURE 23 की सूची**

- (1) नियुक्ति ज्ञापन पत्र
- (1A) कर्मों के स्थायी एवं पत्राचार पता का विवरण ।
- (2) बैंक में नियुक्ति सम्बन्धी घोषणा पत्र ।
- (3) सेवा विनियम (कर्मचारी और अधिकारी) 2010 से आबद्ध होने की घोषणा ।
- (4) कर्तव्य निष्ठा एवं गोपनीयता की घोषणा ।
- (5) अन्य पिछड़ा वर्ग एवं क्रीमी लेयर सम्बन्धी घोषणा पत्र ।
- (6) प्रतिभूति राशि पर ग्रहणाधिकार अंकित करने का अधिकार पत्र ।
- (7) नियुक्ति पूर्व अन्यत्र आवेदन करने की घोषणा ।
- (8) दिवालिया न होने की घोषणा ।
- (9) अधिवास घोषणा पत्र ।
- (10) बैंक में नियुक्ति पूर्व अन्यत्र कार्यरत न रहने सम्बन्धी घोषणा पत्र ।
- (11) वैवाहिक स्थिति एवं परिवार के आश्रित सदस्यों के सम्बन्ध में घोषणा पत्र ।
- (12) निर्देशी नामांकन ।
- (13) बचत युक्त समूह बीमा योजना की सदस्यता हेतु आवेदन पत्र व नामांकन पत्र ।
- (14) FORM - F Nomination (ग्रेच्युटी नामांकन पत्र) (दो प्रतियों में )
- (15) भविष्य निधि नामांकन पत्र ।
- (16) Employee details for Provident Fund & Pension
- (17) चिकित्सा बीमा के सम्बन्ध में कर्मों एवं आश्रितों का विवरण ।
- (18) आस्तियों एवं दायित्वों का विवरण ।
- (19) परिचय पत्र हेतु विवरण ।
- (20) Specimen Signature
- (21) बैंक चिकित्सक द्वारा जारी स्वास्थ्य प्रमाण पत्र (प्रारूप ) ।
- (22) दो प्रतिष्ठित व्यक्तियों /पद धारियों से आचरण प्रमाण पत्र ।
- (23) स्टैम्प युक्त नोटरी प्रमाण पत्र ।

~~~~~

नियुक्ति ज्ञापन पत्र

पासपोर्ट साइज  
फोटो

कर्मि का नाम : श्री.....

पिता का नाम : श्री.....

कर्मचारी की जन्म तिथि : .....

शैक्षणिक योग्यता : .....

प्रथम नियुक्ति : अधिकारी स्केल-II दिनांक.....

वेतनमान . Rs. 31705-1145/1-32850-1310/10-45950-1310/2-48570-1460/2-51490

शर्त : परिवीक्षण काल 02 वर्ष

निर्देशी : (1) श्री.....

नाम, पद एवं पता : .....

पिन कोड:-

(2) श्री.....

पिन कोड:-

चिकित्सा रिपोर्ट : सन्तोषजनक / प्राप्त किया

निष्ठा एवं गोपनीयता घोषणा पत्र : प्राप्त किया

नियुक्ति सम्बन्धी घोषणा पत्र : प्राप्त किया

बैंक में कार्यरत सम्बन्धियों का विवरण: .....

कर्मचारी का स्थाई पता : ग्राम / मुहल्ला..... पोस्ट.....

विकास खण्ड..... तहसील.....

थाना..... जिला.....

ओ.बी.सी. / अनुसूचित जाति / जनजाति : .....

कार्मिक का हस्ताक्षर : .....

Signed in presence of A.G.M. (Personnel)

सहायक महाप्रबन्धक (कार्मिक)

Annexure 24 के अनुसार संलग्नक प्राप्त कर इस कार्यालय में रिकार्ड किया गया ।

पूर्वाचल बैंक,

प्रधान कार्यालय, तारामण्डल, गोरखपुर

दिनांक : .....

सहायक महाप्रबन्धक (कार्मिक)

अध्यक्ष

कर्मचारी का नाम : श्री / कु0 / श्रीमती.....

पिता / पति का नाम : श्री.....

जन्म तिथि : .....

संवर्ग / जाति : .....

| स्थायी पता        | पत्राचार पता      |
|-------------------|-------------------|
| ग्राम / मोहल्ला : | ग्राम / मोहल्ला : |
| पोस्ट :           | पोस्ट :           |
| विकास खण्ड :      | विकास खण्ड :      |
| तहसील :           | तहसील :           |
| थाना :            | थाना :            |
| जिला :            | जिला :            |
| पिन कोड :         | पिन कोड :         |
| राज्य :           | राज्य :           |

स्थान: गोरखपुर

तिथि:

हस्ताक्षर:

पूरा नाम:

पद : अधिकारी स्केल-II

दिनांक:.....

सेवा में,

अध्यक्ष,  
पूर्वांचल बैंक,  
प्रधान कार्यालय, तारामण्डल  
गोरखपुर

महोदय,

**बैंक में नियुक्ति सम्बन्धी घोषणा – पत्र**

मैं ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री ..... एतद्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरी नियुक्ति से सम्बन्धित जो सूचनाएं, विवरण मेरे द्वारा प्रस्तुत किये गये मेरे आवेदन पत्र/अनुप्रमाणन पत्र/जाति प्रमाण पत्र में, मेरी उम्र, शैक्षिक योग्यता, जाति इत्यादि के सम्बन्ध में हैं, वह मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है।

2— यदि उपरोक्त सम्बन्धित सूचना/विवरण की कोई असत्यता मेरी नियुक्ति के उपरान्त प्रकाश में आती है तो बैंक इसे गम्भीर कदाचार (Serious Misconduct) मान सकता है और मैं बिना किसी शर्त के, बैंक द्वारा परिस्थितियों के अनुरूप निर्धारित दण्ड, जिसमें नौकरी से बर्खास्तगी सम्मिलित है, को मानने को बाध्य होऊँगा/होऊँगी।

स्थान : गोरखपुर  
तिथि : .....

हस्ताक्षर :  
पूरा नाम : .....

पद : अधिकारी स्केल- II

गवाह : 1—

सेवा विनियम (अधिकारी और कर्मचारी) 2010 द्वारा आबद्ध होने की घोषणा

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मैंने पूर्वाचल बैंक (अधिकारियों एवं कर्मचारियों ) सेवा विनियम, 2010 को पढ़ एवं समझ लिया है और इससे सहमत होते हुए उक्त विनियमों से आबद्ध होने के लिए मैं करार करता हूँ/करती हूँ तथा इस सेवा नियमावली की एक प्रति निर्धारित प्रारूप पर प्राप्त करने की पावती देता हूँ/देती हूँ ।

पूरा नाम :

नियुक्ति पद : अधिकारी स्केल- II

नियुक्ति की तिथि:

संलग्नक/पावती पत्र उपरोक्तानुसार

हस्ताक्षर :

साक्षी :

तिथि :

स्थान: गोरखपुर

### कर्तव्य निष्ठा एवं गोपनीयता की घोषणा

मैं ..... एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/ करती हूँ कि मैं पूरी विश्वसनीयता एवं ईमानदारी के साथ अपने सामर्थ्य एवं योग्यता के अनुरूप पूर्वाचल बैंक की सेवा में अधिकारी/कर्मचारी के रूप में कार्य करूँगा/करूँगी जो मेरे पद/स्थिति के अनुसार पूर्वाचल बैंक से सम्बन्धित होगा।

मैं यह भी घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि बैंक के कार्यकलाप के सम्बन्ध में किसी भी जानकारी को बिल्कुल गोपनीय रखूँगा/रखूँगी तथा किसी व्यक्ति या किन्हीं व्यक्तियों को या बैंक के साथ व्यवहार करने वाले किसी व्यक्ति को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से प्रकट नहीं करूँगा/करूँगी/ होने दूँगा/होने दूँगी। जब तक कि मुझे किसी न्यायिक प्राधिकारी द्वारा ऐसा करने को बाध्य नहीं किया जाये या बैंक द्वारा मुझे अपने कर्तव्यों के निर्वहन में ऐसा करने का निर्देश न दिया जाय।

स्थान : गोरखपुर

हस्ताक्षर :

तिथि : .....

पूरा नाम : .....

पद : अधिकारी स्केल- II

**DECLARATION**

Declaration Regarding **community** and '**non-creamy layer**' status of OBC **candidates**.  
 Insupport of Caste Certificate issued by an authority mentioned in Department of Personnel and  
 Training Office Memorandum No. 36012/22/93-Estt.(SCT) dated 15.11.1993

"I,.....son/daughter

of Shri.....

Vill/Moh./H.No. ....

.....

P.O.....

Tehsil.....

Police Station.....

District.....Pin Code.....

State.....

hereby declare that I belong to the\_\_\_\_\_ community which is recognized as a  
 backward class by the Government of India for purpose of reservation in services as per orders  
 contained in Department of Personnel and Training Office Memorandum No. 36012/22/93-  
 Estt.(SCT) dated 08.09.1993. It is also declared that I do not belong to persons/sections  
 (**Creamy Layer**) mentioned in Column 3 of the Schedule to the above referred Office  
 Memorandum dated 8.9.1993"

SIGNATURE

POST :OFFICER SCALE- II

PLACE:

DATE:

सेवा में,

अध्यक्ष,  
पूर्वाचल बैंक,  
प्रधान कार्यालय, तारामण्डल  
गोरखपुर

महोदय,

प्रतिभूति राशि से सम्बन्धित घोषणा

पूर्वाचल बैंक द्वारा मुझे अधिकारी स्केल— II पद पर दो वर्ष के परीक्षा काल में नियुक्त किये जाने के क्रम में मैं वचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं बैंक की न्यूनतम तीन वर्षों तक सेवा करूँगा/करूँगी। मेरे द्वारा निर्धारित न्यूनतम तीन वर्षों की उपरोक्त बैंक की सेवा पूर्ण किये जाने के पूर्व बैंक की सेवा छोड़ने की दशा में, मैं पूर्वाचल बैंक, गोरखपुर में जमा मेरी प्रतिभूति राशि रु. 5000/—(रूपये पाँच हजार मात्र) के जब्त किये जाने से सहमत हूँ। साथ ही मैं 2,00,000/= (रूपये दो लाख मात्र) की क्षतिपूर्ति भी जमा करूँगा/करूँगी।

स्थान : गोरखपुर

हस्ताक्षर :

तिथि : .....

पूरा नाम : .....

पद : अधिकारी स्केल— II



सेवा में,

अध्यक्ष,  
पूर्वाचल बैंक,  
प्रधान कार्यालय, तारामण्डल  
गोरखपुर

महोदय,

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि पूर्वाचल बैंक में अधिकारी स्केल- II पद पर नियुक्ति से पूर्व मैंने जिन विभागों /पदों पर नियुक्ति /नियुक्तियों के लिए आवेदन किया है, उनका विवरण निम्नवत् है :-

| <u>क्रमांक</u> | <u>विभाग/संस्था/फर्म का नाम</u> | <u>आवेदित पद</u> |
|----------------|---------------------------------|------------------|
|----------------|---------------------------------|------------------|

स्थान : गोरखपुर

हस्ताक्षर :

तिथि :.....

पूरा नाम :.....

पद : अधिकारी स्केल- II

मैं, अधोहस्ताक्षरी, ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी/श्री ..... एतद्द्वारा घोषणा करता /करती हूँ कि मैं अब पूर्वाचल बैंक की सेवा में परीवीक्षण काल में प्रविष्ट हो रहा/रही हूँ और इसी क्षमता में बैंक की सेवा करता रहूँगा/करती रहूँगी जब तक कि मुझे औपचारिक रूप से स्थायी कर्मचारी वृंद में न पदस्थापित कर दिया जाए और परीवीक्षाधीन होते हुए मेरी सेवाएं, जो बैंक की सेवा के नियमों और कर्मचारी वृंद के वेतन के अनुकूल, किसी भी समय, बिना कोई कारण बताएं सेवा समाप्ति की तिथि तक का वेतन भुगतान कर बैंक की स्वेच्छा पर तत्काल समाप्त की जा सकती है। मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैं अमुक्त दिवालिया नहीं हूँ न ही किसी भी समय अधिनिर्णीत दिवालिया रहा हूँ/रही हूँ, न तो भुगतान निलम्बित किया है या अपने ऋणदाताओं से सुलह किया है या न ही किसी आपराधिक न्यायालय द्वारा मुझे किसी ऐसे अपराध हेतु दोषी पाया गया है, जिसका सम्बन्ध नैतिक द्वास से हो।

स्थान : गोरखपुर

(आवेदक का हस्ताक्षर)

तिथि : .....

पूरा नाम : .....

पद : अधिकारी स्केल- II

**अधिवास (DOMICILE) सम्बन्धी घोषणा**

मैं, अधोहस्ताक्षरी, पूर्वाचल बैंक की सेवा में एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि,

.....  
(स्थान का नाम)

मेरे अधिवास का स्थान है।

\*2- उपरोक्त स्थान मेरा जन्म स्थान है।

या

\* उपरोक्त स्थान मेरा जन्म स्थान नहीं है लेकिन इसे मैंने अधिवास का स्थान निम्न कारणों से घोषित किया है :-

.....  
.....  
स्थान : गोरखपुर

तिथि :.....

हस्ताक्षर :

पूरा नाम :.....

पद : अधिकारी स्केल- II

\* जो लागू न हो उसे काट दें।

मैं एतद्द्वारा घोषित करता हूँ/करती हूँ कि पूर्वाचल बैंक में अधिकारी स्केल- ॥ पद पर इस नियुक्ति से पूर्व मैं किसी अन्य संस्था/सेवा में नियुक्त/कार्यरत नहीं था/थी। यदि हाँ तो निम्न विवरण दें -

संस्था का नाम.....

पता.....

पद.....

कब से कार्यरत थे .....

स्थान : गोरखपुर

हस्ताक्षर :

तिथि :.....

पूरा नाम :.....

पद : अधिकारी स्केल- ॥

**पूर्वांचल बैंक की सेवा में आने वाले नये कर्मचारियों से प्राप्त की जाने वाली  
वैवाहिक स्थिति एवं # परिवार के आश्रित सदस्यों के सम्बन्ध में घोषणा**

मैं, श्री/श्रीमती/कुमारी ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री ..... घोषणा करता/करती हूँ कि :-

- \* (1) मैं अविवाहित/विधुर /विधवा हूँ।
- \* (2) मैं विवाहित हूँ और मेरी/मेरे एक ही जीवित पत्नी/पति हैं।
- \* (3) मैंने ऐसे व्यक्ति से विवाह किया है या विवाह करने की संविदा की है, जिसका पति/जिसकी पत्नी जीवित है। तत्सम्बन्धी छूट हेतु आवेदन पत्र संलग्न है।
- \* (4) मैंने अपने पत्नी के जीवित रहते ही किसी अन्य स्त्री से विवाह किया है। तत्सम्बन्धी छूट हेतु आवेदन पत्र संलग्न है।
- \* (5) # परिवार के आश्रित सदस्यों का विवरण (यदि है तो):

| क्र.सं. | नाम | सम्बन्ध | आयु | पेशा | मासिक आय |
|---------|-----|---------|-----|------|----------|
| 01      |     |         |     |      |          |
| 02      |     |         |     |      |          |
| 03      |     |         |     |      |          |
| 04      |     |         |     |      |          |
| 05      |     |         |     |      |          |

मैं सत्यनिष्ठापूर्वक प्रतिज्ञा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सूचना सत्य है और मैं समझता/समझती हूँ कि यदि यह घोषणा मेरी नियुक्ति के पश्चात असत्य पाई जाती है तो मैं सेवा से पदच्युत किया जा सकूँगा/सकूँगी।

स्थान : गोरखपुर

हस्ताक्षर :

तिथि : .....

पूरा नाम : .....

पद : अधिकारी स्केल- II

\* जो खण्ड लागू न हो उसे काट दें।

**Definition of family :**

For the purpose of medical facilities and for the purpose of leave fare concession, the expression 'family' of an employee shall mean:-

- (a) the employee's spouse, wholly dependent unmarried children (including step children and legally adopted children), wholly dependent physically and mentally challenged brother/sister with 40% or more disability, widowed daughters and dependent divorced / separated daughters , sisters including unmarried / divorced / abandoned or separated from husband / widowed sisters as also parents wholly dependent on the employee.
- (b) The term wholly dependent family member shall mean such member of the family having a monthly income not exceeding Rs. 10,000/- p.m. If the income of one of the parents exceeds Rs. 10,000/- p.m. or the aggregate income of both the parents exceeds Rs. 10,000/- p.m. both the parents shall not be considered as wholly dependent on the officer employee.
- (c) A married female employee may include her natural parents or parents-in-law under the definition of family, but not both, provided that the parents/parents- in- law are wholly dependent on her.

**Note:-** For the purpose of medical expenses reimbursement scheme, for all employees , any two of the dependent parents/parents- in- law shall be covered.

\*\*\*\*\*



LETTER OF CONSENT AND AUTHORITY

Date.....

Chairman/ General Manager(Admin)  
PURVANCHAL BANK

-----

Head Office , Taramandal, Gorakhpur.

Dear Sir,

**RE: 1) Purvanchal Bank Employees D. Help Scheme**

**Policy No. :200551786 Premium Amt.- Rs. 737.50**

**2) Purvanchal Bank Employees TIP Scheme**

**Policy No. : 72100056308 Premium Amt. – Rs 63.72**

I wish to join the above Insurance schemes and request you to admit me as member of the Schemes with effect from the proposed Date of Commencement viz.....I hereby authorize you to deduct appropriate amount of premium under the schemes from my salary starting from the salary of the month prior to the proposed month of commencement.

I further agree that this letter of authority shall not be revoked by me so long as I am an employee of Purvanchal Bank.

I hereby declare that I am currently in good health and not suffering from any of the critical illnesses like Cancer, AIDS, condition requiring open chest surgery, History of typical chest pain, Kidney failure, Brain Stroke, Paralysis or have undergone major organ transplantation such as Lung, Liver, Heart or Kidney.

If for any reason, whatsoever, deduction of premium from salary is not made in future, I undertake to deposit the same at cash counter of Purvanchal Bank before the first day of the following month. I am aware that if the premium is in default for over 3 months, my cover will cease and that I shall not be allowed to join the scheme again.

I hereby nominate Shri/Smt \_\_\_\_\_Relationship .....as the nominee to receive the monies in the event of a claim arising under the schemes.

Yours faithfully,

(Signature)

Name of the Employee : \_\_\_\_\_  
(in Block Letters)

PF No : \_\_\_\_\_

Designation : \_\_\_\_\_

# Payment of Gratuity (Central) Rules FORM 'F'

See sub-rule (1) of Rule 6

## Nomination

To,  
The Chairman/General Manager  
Purvanchal Bank  
Taramandal, Gorakhpur

I, Shri/Shrimati/Kumari \_\_\_\_\_  
(Name in full here)

whose particulars are given in the statement below, hereby nominate the person(s) mentioned below to receive the gratuity payable after my death as also the gratuity standing to my credit in the event of my death before that amount has become payable, or having become payable has not been paid and direct that the said amount of gratuity shall be paid in proportion indicated against the name(s) of the nominee(s).

2. I hereby certify that the person(s) mentioned is/are a member(s) of my family within the meaning of clause (h) of Section 2 of the Payment of Gratuity Act, 1972.
3. I hereby declare that I have no family within the meaning of clause (h) of Section 2 of the said Act.
- 4 (a) My father/mother/parents is/are not dependent on me.  
(b) My husband's father/mother/parents is/are not dependent on my husband.
5. I have excluded my husband from my family by a notice dated the \_\_\_\_\_ to the controlling authority in terms of the proviso to clause (h) of Section 2 of the said Act.
6. Nomination made herein invalidates my previous nomination.

## Nominee(s)

|        | Name in full with full address of nominee(s) | Relationship with the employee | Age of nominee | Proportion by which the gratuity will be shared |
|--------|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|        | (1)                                          | (2)                            | (3)            | (4)                                             |
| 1.     |                                              |                                |                |                                                 |
| 2.     |                                              |                                |                |                                                 |
| 3.     |                                              |                                |                |                                                 |
| So on. |                                              |                                |                |                                                 |



**Statement**

1. Name of employee in full \_\_\_\_\_
2. Sex \_\_\_\_\_
3. Religion \_\_\_\_\_
4. Whether unmarried/married/widow/widower \_\_\_\_\_
5. Department/Branch/Section where employed \_\_\_\_\_
6. Post held with Ticket No. or Serial No., if any \_\_\_\_\_
7. Date of appointment \_\_\_\_\_
8. Permanent address:  
Village \_\_\_\_\_ Thana \_\_\_\_\_ Sub-division \_\_\_\_\_  
Post Office \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Signature/Thumb-impression of the  
Employee

Date: \_\_\_\_\_

**Declaration by Witnesses**

Nomination signed/thumb-impressed before me

Name in full and full address of witnesses.

Signature of Witnesses.

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Certificate by the Employer**

Certified that the particulars of the above nomination have been verified and recorded in this establishment.

Employer's Reference No., if any \_\_\_\_\_

Signature of the employer/Officer authorised  
Designation

Date: \_\_\_\_\_

Name and address of the establishment or  
\_\_\_\_\_

rubber stamp thereof.

**Acknowledgement by the Employee**

Received the duplicate copy of nomination in Form 'F' filed by me and duly certified by the employer.

Date: \_\_\_\_\_

Signature of the Employee

**Note.**—Strike out the words/paragraphs not applicable.

## Payment of Gratuity (Central) Rules FORM 'F'

See sub-rule (1) of Rule 6

### Nomination

To,  
The Chairman/General Manager  
Purvanchal Bank  
Taramandal, Gorakhpur

I, Shri/Shrimati/Kumari \_\_\_\_\_  
(Name in full here)

whose particulars are given in the statement below, hereby nominate the person(s) mentioned below to receive the gratuity payable after my death as also the gratuity standing to my credit in the event of my death before that amount has become payable, or having become payable has not been paid and direct that the said amount of gratuity shall be paid in proportion indicated against the name(s) of the nominee(s).

2. I hereby certify that the person(s) mentioned is/are a member(s) of my family within the meaning of clause (h) of Section 2 of the Payment of Gratuity Act, 1972.
3. I hereby declare that I have no family within the meaning of clause (h) of Section 2 of the said Act.
- 5 (a) My father/mother/parents is/are not dependent on me.  
(b) My husband's father/mother/parents is/are not dependent on my husband.
5. I have excluded my husband from my family by a notice dated the \_\_\_\_\_ to the controlling authority in terms of the proviso to clause (h) of Section 2 of the said Act.
6. Nomination made herein invalidates my previous nomination.

### Nominee(s)

|        | Name in full with full address of nominee(s) | Relationship with the employee | Age of nominee | Proportion by which the gratuity will be shared |
|--------|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|        | (1)                                          | (2)                            | (3)            | (4)                                             |
| 1.     |                                              |                                |                |                                                 |
| 2.     |                                              |                                |                |                                                 |
| 3.     |                                              |                                |                |                                                 |
| So on. |                                              |                                |                |                                                 |

**Statement**

1. Name of employee in full \_\_\_\_\_
2. Sex \_\_\_\_\_
3. Religion \_\_\_\_\_
4. Whether unmarried/married/widow/widower \_\_\_\_\_
5. Department/Branch/Section where employed \_\_\_\_\_
6. Post held with Ticket No. or Serial No., if any \_\_\_\_\_
7. Date of appointment \_\_\_\_\_
9. Permanent address:  
Village \_\_\_\_\_ Thana \_\_\_\_\_ Sub-division \_\_\_\_\_  
Post Office \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Signature/Thumb-impression of the  
Employee

Date: \_\_\_\_\_

**Declaration by Witnesses**

Nomination signed/thumb-impressed before me

Name in full and full address of witnesses.

Signature of Witnesses.

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Certificate by the Employer**

Certified that the particulars of the above nomination have been verified and recorded in this establishment.

Employer's Reference No., if any \_\_\_\_\_

Signature of the employer/Officer authorised  
Designation

Date: \_\_\_\_\_

Name and address of the establishment or  
rubber stamp thereof.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acknowledgement by the Employee**

Received the duplicate copy of nomination in Form 'F' filed by me and duly certified by the employer.

Date: \_\_\_\_\_

Signature of the Employee

**Note.**—Strike out the words/paragraphs not applicable.

## EMPLOYEE DETAIL

| S. NO | FIELD NAME                           | DISCRPTION |
|-------|--------------------------------------|------------|
| 1     | P.F.NO.                              |            |
| 2     | EMP. NAME                            |            |
| 3     | D.O.B.                               |            |
| 4     | AGE(IF DOB NOT CLEAR)                |            |
| 5     | MARITAL STATUS                       |            |
| 6     | FATHER'S NAME                        |            |
|       | <b><u>PARMANENT ADDRESS</u></b>      |            |
| 7     | H.NO.                                |            |
| 8     | MOHALLA                              |            |
| 9     | CITY                                 |            |
| 10    | DISTT.                               |            |
| 11    | STATE                                |            |
| 12    | PIN                                  |            |
|       | <b><u>CORRESPONDANCE ADDRESS</u></b> |            |
| 13    | H.NO.                                |            |
| 14    | MOHALLA                              |            |
| 15    | CITY                                 |            |
| 16    | DISTT.                               |            |
| 17    | STATE                                |            |
| 18    | PIN                                  |            |
| 19    | RELIGION                             |            |
| 20    | MOBILE NO.                           |            |
| 21    | E-MAIL ID                            |            |
| 22    | BANK A/C NO                          |            |
| 23    | BANK NAME                            |            |
| 24    | BRANCH NAME WITH CODE                |            |
| 25    | PHYSICALLY HANDICAPPED               |            |
| 26    | P.H. CERTIFICATE NO. AND DATE        |            |
| 27    | PAN CARD NO.                         |            |
| 28    | ADHAR NO                             |            |

SIGNATURE OF EMPLOYEE

**PROVIDENT FUND AND PENSION NOMINATION DETAILS**

| Emp. Name | P.F. No. | P.F./PENSION | Nominee name | Share % | D.O.B. | Age as on 01.08.2018( If DOB is not clear) | Relation with employee | Address with Phone No. |
|-----------|----------|--------------|--------------|---------|--------|--------------------------------------------|------------------------|------------------------|
|           |          | P.F.         |              |         |        |                                            |                        |                        |
|           |          |              |              |         |        |                                            |                        |                        |
|           |          |              |              |         |        |                                            |                        |                        |
|           |          |              |              |         |        |                                            |                        |                        |
|           |          | Pension      |              |         |        |                                            |                        |                        |
|           |          |              |              |         |        |                                            |                        |                        |
|           |          |              |              |         |        |                                            |                        |                        |
|           |          |              |              |         |        |                                            |                        |                        |

**Family Details:**

| Emp. Name | P.F No | Family members name | D.O.B. | Age as on 01.08.2018( If DOB is not clear) | Relation with employee | Disabled( Y or N) | Address with Phone No. |
|-----------|--------|---------------------|--------|--------------------------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|
|           |        |                     |        |                                            |                        |                   |                        |
|           |        |                     |        |                                            |                        |                   |                        |
|           |        |                     |        |                                            |                        |                   |                        |
|           |        |                     |        |                                            |                        |                   |                        |
|           |        |                     |        |                                            |                        |                   |                        |
|           |        |                     |        |                                            |                        |                   |                        |

**SIGNATURE OF EMPLOYEE**

सहायक महाप्रबंधक (कार्मिक)

पूर्वांचल बैंक,  
प्रधान कार्यालय,  
गोरखपुर

महोदय,

चिकित्सा बीमा के सम्बन्ध में कर्मी एवं आश्रितों का विवरण

बैंक में कर्मी व उनके आश्रितों की चिकित्सा हेतु लागू सरकुलर संख्या 114 दिनांक 31.10.2017 में दी गयी व्यवस्था के क्रम में मेरे आश्रितों का विवरण निम्नवत है :-

| क्रमांक | कर्मी/आश्रितों का नाम | जन्मतिथि | कर्मी से सम्बन्ध |
|---------|-----------------------|----------|------------------|
|         |                       |          |                  |
|         |                       |          |                  |
|         |                       |          |                  |
|         |                       |          |                  |
|         |                       |          |                  |

हस्ताक्षर :

नाम :

शाखा/कार्यालय

भविष्य निधि खाता संख्या :

दिनांक :

नमूना हस्ताक्षर हेतु प्रारूप

नाम:.....

पी.एफ. क्रमांक.....

शाखा.....

नमूना हस्ताक्षर \*\*



PF No. ....

SS No.....

नमूना हस्ताक्षर प्रमाणित

सहायक महाप्रबन्धक (कार्मिक)/वरिष्ठ प्रबन्धक(सीधी भर्ती एवं प्रोन्नति) .....

दिनांक.....

\*\* नोट— कृपया हस्ताक्षर काले वाल पेन से ही करें

# PURVANCHAL BANK

## PERSONAL STATEMENT OF THE CANDIDATE

To be filled in by the Candidate before presenting the form to the Medical Officer .

- 1. Name in full : .....
- 2. Category of Post : .....
- 3. Address : .....
- 4. Date of Birth : .....
- 5. Married/single : .....
- 6. Personal History : .....

A. History of Bleeding from Gastro-Intestinal Tract, Gastric or Duodenal Ulcer Appendicitis, Internal Piles, Fistula, Typhoid, Jaundice etc. Give details.  
.....  
.....  
.....

B. History of Asthma, Tuberculosis, Spitting of blood, Pleuresy Breathlessness. etc. Give details.  
.....  
.....  
.....

C. History of Palpitation, Fainting Spells. Pain in the chest, Breathlessness on Exertion, Cyanosis, Rheumatic fever with joint pains, Swelling of legs/face etc. Give details:-  
.....  
.....

D. History of Bleeding Urinary Tract, Painful urination, passing of stones or gravel in Urine etc Give details :-  
.....  
.....



E. History of fits, Paralysis, Neuters hernia/Nervous Breakdown etc. Details to be given

.....  
.....  
.....

F. History of Leprosy, extensive generalized allergic dermatitis, Lecoderma, Venereal Disease etc. Give details :-

.....  
.....  
.....

G. Have you suffered from defects in hearing or eyesight? Give details:-

.....  
.....  
.....

H. Details of serious illness injuries sustained by accident or otherwise. Give details.

.....  
.....  
.....

I. Details of surgical operations undergone :-

.....  
.....

J. Is there any other item in your medical history, which you have not already mentioned ?

.....  
.....

K. Have you ever been tested for HIV ? If so, what was the report ?

.....  
.....  
.....

## 7. Family History:-

- i) Heart disease & hypertension:
- ii) Tuberculosis :
- iii) Kidney disease :
- iv) Cancer :
- v) Any other serious ailments :

## 8. For Female Candidates only

- i) Menstrual History : Regular/Blood History
- ii) Date of L.M.P. :
- iii) Any evidence of pregnancy :
- iv) History of disease of Uterus  
Cervix, Ovaries of Breasts :

Signature of the Candidate

Place.....

Date.....

SIGNED IN MY PRESENCE

Signature of the Medical Examiner

## NOTE:-

The Candidate may please note that he would have no right to appeal against the decision of the Medical Examiner. If however, the Bank is satisfied on the basis of the evidence produced before it, of the possibility of an error of judgement in the decision of the Medical Examiner it is open to the Bank. Such evidence should, however, be submitted by the candidate within one month of the date of communication in which the decision of the Medical Examiner is advised to him/her. If the setting up of the Medical Board is decided by the Bank, the candidate will be called upon to deposit prescribed fee for the purpose. If found medically fit by the Board this deposit would be refunded to the candidate it will otherwise be forfeited. The report of the Medical Board is final and will not be subjected to review by the any other specialist panel or Board.

## Report of the Medical Examiner

PHOTO

Name of the candidate \_\_\_\_\_  
 Category of the post \_\_\_\_\_  
 1. General development Good \_\_\_\_\_ Fair \_\_\_\_\_ Poor \_\_\_\_\_  
 Nutrition \_\_\_\_\_ Thin \_\_\_\_\_ Average \_\_\_\_\_ Obese \_\_\_\_\_  
 Best weight \_\_\_\_\_ when \_\_\_\_\_  
 Any recent change in weight \_\_\_\_\_  
 Temperature \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_  
 Identification Mark \_\_\_\_\_  
 Girth of chest :-

(i) After full inspiration

(ii) After full expiration

2. SKIN Any obvious disease

3. EYES:

(a) Whether the vision is normal : Yes/No

If not is it capable of being

Correct to 6/6 with glasses : Yes/No

(not with contact lenses)

(b) If the candidate was referred:

To an eye surgeon's

Observation in respect of

the following :-

1. Any disease

2. Night blindness

3. Defect in colour vision

4. Field vision

5. Visual acuity

6. Fundus examination

| Acuity of Vision | Naked eyes | with glasses | Strength of glass |      |      |
|------------------|------------|--------------|-------------------|------|------|
|                  |            |              | Spn.              | Qyl. | Axis |
|                  |            |              |                   |      |      |

Distant Vision

R.E.

L.E.

Near Vision

R.E.

L.E.

Hypermetropia (Manifest)

R.E.

L.E.

4. Hearing of : Right Ear \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Left Ear \_\_\_\_\_

6. GLANDS \_\_\_\_\_ Thyroid \_\_\_\_\_

7. CONDITIONS OF TEETH \_\_\_\_\_

8. RESPIRATORY SYSTEM

Does physical examination reveal anything abnormal in the respiratory organs ? If yes, explain fully

---

---

---

9. CIRCULATORY SYSTEM:

(a) Heart: Any organic lesions ?

Pulse rate

(b) Blood pressure:

Systolic

Diastolic

10. ABDOMEN: Girth \_\_\_\_\_ Tenderness \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_

---

(a) Palpable : Liver \_\_\_\_\_ Spleen \_\_\_\_\_

Kidneys \_\_\_\_\_ Tumors \_\_\_\_\_

(b) Hemorrhoids \_\_\_\_\_ Fistula \_\_\_\_\_

11. NERVOUS SYSTEM: Indication of nervous or mental disabilities.

---

12. LOCO-MOTOR SYSTEM : Any abnormality:

---

Varicocele etc.

---

13. Urinary Analysis

- |                        |            |
|------------------------|------------|
| a) Physical appearance | b) Sp. Gr. |
| c) Albumin             | d) Sugar   |
| e) Casts               | f) Cells   |
- 

14. REPORT OF X-RAY EXAMINATION OF CHEST:

.....

.....

.....

15. Repost of the Blood Examination : (including HIV Testing)

- i) Blood C.B.C.
  - ii) E.S.R.
  - iii) Blood Sugar    Fasting  
                                  PP
  - iv) Serum Cholesterol
  - v) Blood Urea/NPM
  - vi) Serum Cretonne
  - vii) HIV Test
  - viii) Urine and Stool
  - ix) Blood Group
  - x) Others.
-

16. Is there anything in the health of the candidate likely to render him/her unfit for the efficient discharge of his/her duties in the service for which
17. The Medical Examiner should record the findings under one of the following categories :-
- i) Fit
  - ii) Unfit on account

NOTE: In the case of a female candidate, if it is found that she is pregnant, she should be declared temporarily unfit.

Place\_\_\_\_\_

Date\_\_\_\_\_

Signature of the

Medical Examiner

Name:

Designation:

दिनांक:.....

सेवा में,

महाप्रबन्धक (प्रशासन एवं आई टी )

पूर्वाचल बैंक

प्रधान कार्यालय,

तारामंडल

गोरखपुर

महोदय,

**अधिकारी स्केल-II पद पर नियुक्ति का प्रस्ताव (Offer of Appointment)**

उपरोक्त विषयक आपके पत्रांक 2019.20 / कार्मिक / ..... दिनांक ..... के सन्दर्भ में सूचित करना है कि उपरोक्त पत्र में अंकित समस्त उपबन्ध, नियम एवं शर्ते मुझे स्वीकार है।

अतः मैं निर्धारित तिथि दिनांक..... को बैंक प्रधान कार्यालय के कार्मिक विभाग में नियुक्ति हेतु समस्त वांछित औपचारिकतायें पूरी करने हेतु उपस्थित हुआ हूँ/हुई हूँ/होऊंगा/होऊंगी।

भवदीय

(हस्ताक्षर)

नाम—

अनुक्रमांक—