

**सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ को दफा २६ को खण्ड घ सँग सम्बन्धित
(आश्रित परिवार सुरक्षा योजना सुविधा दावी फाराम)**

१. मृतक योगदानकर्ताको रोजगारदाताको विवरण

रोजगारदाताको नाम :			
रोजगारदाताको सामाजिक सुरक्षा नं. :			
ठेगाना			
प्रदेश:		जिल्ला :	
गा.पा./न.पा.		वडा नं. :	

२. मृतक योगदानकर्ताको व्यक्तिगत विवरण

नाम/थर	पहिलो	बीचको	अन्तिम
सामाजिक सुरक्षा नं.			लिङ्ग ☐ पू ☐ म ☐ अन्य ☐
नागरिकता नं.	जारी भएको जिल्ला		
जन्म मिति			विवाहित ☐ अविवाहित ☐
मृत्यु भएको मिति			मृत्युको कारण:

बाबुको नाम/थर		रोजगारी छ ☐ छैन ☐
आमाको नाम/थर		रोजगारी छ ☐ छैन ☐
श्रीमान्/श्रीमतीको नाम/थर		रोजगारी छ ☐ छैन ☐
सन्ततीको नाम/थर (१८ वर्ष नपुगेका बढिमा दुईजनासम्म)	१.	उमेरवर्ष.....महिना
	२.	उमेरवर्ष.....महिना

३. आश्रितको विवरण

क. श्रीमान/श्रीमतीको व्यक्तिगत विवरण (यदि मृतक योगदानकर्ता विवाहित तथा आश्रित व्यक्ति रोजगारीमा नभएमा मात्र)

नाम/थर	पहिलो	बीचको	अन्तिम
जन्म मिति			नागरिकता नं.
विवाह दर्ता मिति			रोजगारी ☐ छ ☐ छैन ☐
ठेगाना			
प्रदेश:		जिल्ला :	
गा.पा./न.पा.		वडा नं. :	
टोल		सम्पर्क नं.	

ख. बाबुको व्यक्तिगत विवरण (यदि मृतक योगदानकर्ता विवाहित नभएमा मात्र)

नाम/थर	पहिलो								बीचको				अन्तिम			
जन्म मिति	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D	नागरिकता नं.							
रोजगारी	छ ☐ छैन ☐															
ठेगाना																
प्रदेश:									जिल्ला :							
गा.पा./न.पा.									वडा नं. :							
टोल									सम्पर्क नं.							

ग. आमाको व्यक्तिगत विवरण (यदि मृतक योगदानकर्ता विवाहित नभएमा मात्र)

नाम/थर	पहिलो								बीचको				अन्तिम			
जन्म मिति	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D	नागरिकता नं.							
रोजगारी	छ ☐ छैन ☐															
ठेगाना																
प्रदेश:									जिल्ला :							
गा.पा./न.पा.									वडा नं. :							
टोल									सम्पर्क नं.							

घ. १८ वर्ष मुनीको सन्ततीको विवरण (मृतक योगदानकर्ताको सुविधा प्राप्त गर्न योग्य सन्तान भएमा अधिकतम दुईजना सम्म मात्र)

सन्तती १. नाम/थर	पहिलो								बीचको				अन्तिम			
जन्म मिति	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D	जन्म दर्ता नं.							
१८ वर्ष उमेर पुग्ने मिति	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D	२१ वर्ष उमेर पुग्ने साल							
सन्तती २. नाम/थर	पहिलो								बीचको				अन्तिम			
जन्म मिति	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D	जन्म दर्ता नं.							
१८ वर्ष उमेर पुग्ने मिति	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D	२१ वर्ष उमेर पुग्ने साल							
ठेगाना																
प्रदेश:									जिल्ला :							
गा.पा./न.पा.									वडा नं. :							
टोल									सम्पर्क नं. १							
ब्लक नं.									सम्पर्क नं. २							

४. आश्रित को बैंक खाताको विवरण (सुविधा प्राप्त गर्न योग्य व्यक्तिको मात्र छुट्टाछुट्टै विवरण भर्नुहोस्)

क. श्रीमान/श्रीमतीको बैंक खाताको विवरण (सफा र स्पष्ट बुझिने गरी अंग्रेजीमा लेख्नुहोस्।)			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको शाखा		खातावालको नाम	
बैंक खाता नम्बर			

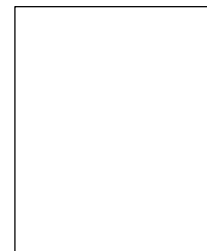
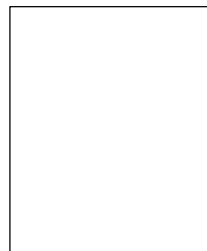
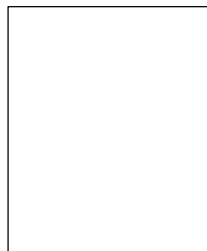
ख. बाबुको बैंक खाताको विवरण (सफा र स्पष्ट बुझिने गरी अंग्रेजीमा लेख्नुहोस्।)			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको शाखा		खातावालको नाम	
बैंक खाता नम्बर			

ख. आमाको बैंक खाताको विवरण (सफा र स्पष्ट बुझिने गरी अंग्रेजीमा लेख्नुहोस्।)			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको शाखा		खातावालको नाम	
बैंक खाता नम्बर			

ख. सन्तती १ को बैंक खाताको विवरण (सफा र स्पष्ट बुझिने गरी अंग्रेजीमा लेख्नुहोस्।)			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको शाखा		खातावालको नाम	
बैंक खाता नम्बर			

ख. सन्तती २ को बैंक खाताको विवरण (सफा र स्पष्ट बुझिने गरी अंग्रेजीमा लेख्नुहोस्।)			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको शाखा		खातावालको नाम	
बैंक खाता नम्बर			

५. सुविधा लिने आश्रित तथा सन्ततीको पासपोर्ट साईजको फोटो (मुनी मृतकसँगको नाता खुलाइ फोटोमा पर्ने गरी निवेदकले सही गर्नुहोस्)



.....
नाता

.....
नाता

.....
नाता

.....
नाता

६. आश्रित परिवारको घोषणा

माथि उल्लिखित ब्यहोरा ठीक/साँचो हो । मैले सामाजिक सुरक्षा कोषको योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि (दोस्रो संसोधन), २०७५ अनुरूप सुविधा दावी गरेको छु । यदि माथि उल्लिखित सूचना वा विवरण गलत भेटिएमा वा ठहरिएमा प्रचलित कानूनबमोजिम सजाय भोग्न तयार छु ।

रेखात्मक सही

निवेदकको नाम :

दस्तखत :

मिति :

दायाँ	बायाँ

७. रोजगारदाताको तर्फबाट सिफारिस

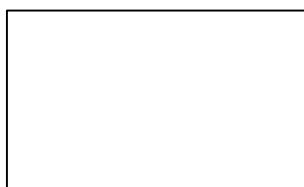
यससंस्थामा कार्यरत सामाजिक सुरक्षा नं.भएका श्री.....कोकारणबाट मृत्यु भएको ठिक/साँचो हो । नीजको हकवालालाई वृद्धावस्था सुरक्षा योजनामा जम्मा भएको रकम तथा आश्रित परिवार परिवारलाई सुरक्षा योजनाबमोजिम प्राप्त हुने सुविधा भुक्तानीको व्यवस्था गरिदिनुहुन कोषसमक्ष अनुरोध गर्दछु ।

सिफारिस कर्ताको नाम :

टेलिफोन नं. :

मिति :

कार्यालयको छाप :



पद :

दस्तखत :

सामाजिक सुरक्षा कोषको तर्फबाट प्रमाणित गर्ने

नाम थर :

पद :

हस्ताक्षर :

मिति:.....

सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ को दफा २६ को खण्ड घ सँग सम्बन्धित
(अन्तिम संस्कार खर्च दावी फाराम)

१. मृतक योगदानकर्ताको दर्जा र नाम थर :
२. मृतक योगदानकर्ताको परिचयपत्र नं. :
३. मृतक योगदानकर्ताको कार्यालय :
४. मृतक योगदानकर्ताको स्थायी ठेगाना :
५. मृत्यु भएको मिति :
६. इच्छावाला/हकवालाको नाम थर, ठेगाना र फोन नं. :
७. मृतक योगदानकर्ताको र इच्छावाला/हकवालाका बीचको नाता :

(कार्यविधिको दफा २१(ख) सँग सम्बन्धित)

सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५ को दफा २६ को खण्ड ड सँग सम्बन्धित

श्रीमान् कार्यकारी निर्देशक ज्यू,
सामाजिक सुरक्षा कोष बबरमहल, काठमाण्डौ ।

विषय: अवकाश सुविधा बापतको रकम भुक्तानी सम्बन्धमा ।

यस सामाजिक सुरक्षा कोषमा नियमित योगदानकर्ताको रूपमा सूचिकृत सामाजिक सुरक्षा नम्बर
भएका मेरो/पति/पत्नी/बुबा/आमा/छोरा/छोरी/दाजु/भाइ/दिदी/बहिनी.....
को मितिमा मृत्यु भएको हुँदा अवकाश योजनामा जम्मा भएको रकम एकमुष्ट भुक्तानीका लागि
निम्नानुसारको विवरण खुलाई पेश गरेको छु । पेश गरेको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुठठा ठहरेमा कानुन बमोजिम
सहुँला-बुझाउँला ।

निवेदकको तर्फबाट

नामथर:

दस्तखत:

मिति:

दायाँ	बायाँ

८. पेश गर्नुपर्ने आवश्यक कागजात

- योगदानकर्ताको मृत्युदस्तावेजको प्रतिलिपि
- आश्रित तथा सन्ततीको एक/एक प्रति पासपोर्ट साईजको फोटो
- योगदानकर्तासँगको नाता प्रमाणीतको प्रतिलिपि
- श्रीमान श्रीमतिको हकमा विवाहदस्तावेज वा विवाह प्रमाणितको प्रतिलिपि
- छोराछोरीको जन्मदस्तावेज
- आश्रित परिवार सुविधा प्राप्त गर्ने सम्पूर्ण व्यक्तिको बैंक खाताको चेक
- छोराछोरीको विद्यालयको सिफारिस
- निवेदक हाल कुनै पनि प्रकारको रोजगारीमा रहे/नरहेको स्थानीय निकायको सिफारिस र आश्रितको स्वघोषणापत्र
- नेपाल सरकार वा अन्य निकायबाट कुनै किसिमको पेन्सन प्राप्त गरे/नगरेको सम्बन्धमा स्थानीय निकायको सिफारिस र आश्रितको स्वघोषणापत्र
- रोजगारदाताले सामाजिक सुरक्षा कोषलाई लेखेको पत्र
- मृतक योगदानकर्ताको सामाजिक सुरक्षा परिचयपत्र
- मृतक योगदानकर्ताको नागरिकताको प्रतिलिपि
- आश्रित परिवार सुविधा प्राप्त गर्ने श्रीमान/श्रीमती तथा आमा, बुबाको नागरिकता, राष्ट्रिय परिचयपत्र र प्यान
- आमा बुबाले सुविधा पाउने भए पारिवारिक विवरण
- कर कार्यालयबाट जारी हाल सम्मको कर स्टेटमेन्ट
- कोषले माग गरेमा आवश्यकताअनुसार अन्य कागजात

(सम्पूर्ण प्रतिलिपि कागजातहरूमा अनिवार्य रूपमा नोटरी वा सक्कल बमोजिम नक्कल ठिक छ भनि आवेदकले हस्ताक्षर गर्नुपर्नेछ तथा दाबी फारममा प्रत्येक पेजमा आवेदकको हस्ताक्षर अनिवार्य छ।)

नोट:

१. मृतकको हकवालाले वृद्धावस्था सुरक्षा योजनामा जम्मा भएको सम्पूर्ण रकम प्रतिफल सहित फिर्ता पाउनेछ भने आश्रित तथा सन्ततीले कार्यविधिमा उल्लेख भएअनुसारको सुविधा प्राप्त गर्नेछन्। हकवालाको सम्बन्धमा मृतक योगदानकर्ताले KYC फारममा उल्लेख गरेबमोजिम हुनेछ।
२. मृतक योगदानकर्ताको वृद्धावस्था सुरक्षा योजनामा जम्मा भएको सम्पूर्ण रकम प्राप्तिका लागि हकवालाले अवकाश भुक्तानि फारम भर्नुपर्नेछ।
३. मृतक योगदानकर्ताको कम्तिमा अन्तिम १२ महिनाको आधारभूत पारिश्रमिकको रूपमा कोषमा जम्मा भएको रकमको औषत निकाली सोहिबमोजिम योग्य आश्रितले ६० प्रतिशत मासिक पेन्सन प्राप्त गर्नेछ र सन्ततीको हकमा ४० प्रतिशत दामसाहिले प्राप्त गर्नेछ।
४. दाबी फारम पूर्ण रूपमा भरिएको हुनुपर्दछ। अधुरो वा उल्लेख नगरिएका सुचनालाई कार्यान्वयन/सुविधाको दायरामा राखिने छैन।
५. यदि शंकास्पद लागेमा सामाजिक सुरक्षा कोषका अधिकारीले कुनै पनि बेला निरीक्षण गर्न सक्नेछन्।
६. नेपालमा अवस्थित कुनै पनि कम्पनीमा कार्यरत विदेशीहरूको हकमा राजदूतावासले जारी गरेको फोटोसहितको परिचयपत्र रोजगारदाताले बुझाउनु पर्नेछ। कोषले अन्य थप कागजात मगाउन सक्नेछ।
७. सुविधा रकम भुक्तानी गर्नका लागि आश्रित तथा सन्ततीहरूको बैंक विवरण प्रष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्नेछ।