

Pan No. **APRDA0008X**Emp ID. **HOM0000**
E-Mail ID. **Personal@gmail.com**

मोबाइल सं./Mobile Number

0124-4219090

केवल कार्यालय में प्रयोग के लिये/ For Office use only

दावा संख्या/Claim I.D.

कर्मचारी भविष्य-निधि योजना, 1952
EMPLOYEES' PROVIDENT FUND SCHEME, 1952

प्रपत्र-19/ Form -19

यह फार्म भविष्य निधि का दावा करते समय कर्मचारी भविष्य निधि संगठन के बालिक सदस्य द्वारा भरा जाए
From to be used by major member of the Employees' Provident Fund Scheme, 1952 for claiming the
Provident Fund dues [Para72] (5)]

प्रपत्र भरने से पहले निर्देशों को पढ़ें / (Read the instructions before filing up this for

1.	सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name of the member (in block letters)	ASDFG PRASAD SINGH
2.	पिता/पति का नाम (विवाहित महिलाओं के मामले में) Father's/ husband's Name in the case of married women	SRI XYZ PRASAD SINGH
3.	फैक्ट्री/स्थापना का नाम व पता जिसमें सदस्य अन्तिम बार नियुक्त किया गया था/Name and Address of the Factory/Establishment in which the member was last employed.	Max Life Insurance Co.Ltd.
4.	खाता सं./Account No.	PF-PN-11332-
5.	नौकरी छोड़ने की तिथि/Date of leaving Service	
6.	नौकरी छोड़ने का कारण/Reason of leaving Service	Personal
7.	पत्र व्यवहार का पूरा पता Full postal address (in block letters)	श्री/श्रीमति/कुमारी Shri/Smt./Kumari ASDFG PRASAD SINGH सुपुत्र/पत्नी/सुपुत्री/ S/o/W/o/D/o XYZ PRASAD SINGH Vill- Aya Nagar, H.No-94, New Delhi Pin No./पिन कोड 110047
8.	भुगतान की विधि/ Mode of Remittance (क) मेरे खर्च पर मनीऑर्डर द्वारा/ (a) By Postal Money Order at my cost. (ख) मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत खाता सं.(अनुसूचित बैंक/सकचर) में रेखफित चेक इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आदाता जाता सीधे भेजा जाए/ (b) By account payees cheque electronic mode sent Direct for credit to my S.B. A/C (Scheduled Bank/P.O.) Under intlmation to me . (अपने बैंक खाते के खाली/रक बैंक की एक प्रति संलग्न करें Please attach a copy of cancelled/blank Cheque)	यौचित किसी एक तरीके पर कोष्टक में टिक लगाएं Put a 'Tick' in Box against the one opted <input checked="" type="checkbox"/> () मद सं. 7 में दिए गए पते पर/ To the address given against item No.7 (✓) बचत बैंक खाता सं./ S.B Account no 0087987000198 बैंक का नाम/ Name of the Bank ICICI Bank Ltd. शाखा/ Branch DLF, Gurgaon आई.एफ.सी. कोड / IFS Code ICIC0000087 शाखा का पूरा पता/ Full Address of the Branch Sh 21 & 22, DLF Galleria mall, Gurgaon (HR) 122002

(अग्रिम टिकट लगी रसीद नीचे दी गई है) (Advance Stamped Receipt furnished below)

प्रमाणित किया जाता है कि मेरी पूर्ण जानकारी के अनुसार उपरोक्त विवरण सही है/ Certified that the particulars are true to the best of my knowledge.

स्थापना में प्रवेश की तिथि/ Date of Joining the Establishment.....

जन्म तिथि/ Date of Birth **02 Jan' 1985**

चालू वित्त वर्ष का अंशदान/ Contribution for the current Financial Year (वर्ष 2012-13 लागू नहीं) (Not applicable from 2012-13)

महीना Month	अंशदान Contribution		अवकाश की अवधि यदि कोई हो तो Period of Break if any				महीना Month	अंशदान Contribution		अवकाश की अवधि यदि कोई हो तो Period of Break if any			
	कर्मचारी EMPLOYEE	नियोक्ता EMPLOYERS	कुल TOTAL		कर्मचारी EMPLOYEE	नियोक्ता EMPLOYERS		कुल TOTAL					
			क.म. ति. EPF	प.म. ति. FP				क.म. ति. EPF	प.म. ति. FP	क.म. ति. EPF	प.म. ति. FP		
मार्च March							सितम्बर September						
अप्रैल April							अक्टूबर October						
मई May							नवम्बर November						
जून June							दिसम्बर December						
जुलाई July							जनवरी January						
अगस्त August							फरवरी February						

सदस्य के हस्ताक्षर/ Member's Signature
Ravindra
Form 19 (www.epfindia.gov.in)# नियोक्ता के हस्ताक्षर/ Employer's Signature
Page 1 of 2

(यदि दावा प्रपत्र नियोजक द्वारा सत्यापित किया गया है तो यह सूचना नियोजक द्वारा दी जाए)
(Information to be furnished by the Employer if the Claim Form is Attested by the Employer)
प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त अंशदान नियमित मासिक जमा घन राशि में शामिल है।/ Certified that the above contributions have been included in the regular monthly remittances.

प्रार्थी ने मेरे सामने हस्ताक्षर किए/अंगूठा लगाया है /The Applicant has signed/thumb impressed before me.

नियोजक के हस्ताक्षर / Signature of Employer

तिथि /Date

नियोजक का पदनाम और मोहर

Designation & Seal of Employer

अनुलग्नक / Encl.

नौकरी में न होने की घोषणा / Declaration of non-employment

टिप्पणी : क.भ.नि. योजना 1952 के पैरा 69 के उप-पैरा (2) के खण्ड (ख) और उप-पैरा (1) के खण्ड (घ) के अन्तर्गत निपटान के लिए आवेदन करने के मामलों में दावा नौकरी छोड़ने की तारीख से दो महीने के बाद प्रस्तुत करना चाहिए बशर्त सदस्य लगातार बेरोजगार रहा हो अथवा ऐसी स्थापना में कार्यरत हो जिन पर अधिनियम लागू नहीं है।

Note : In the case of submission of application for settlement under clause (S) of sub-paragraph (i) and in clause (b) of Sub paragraph (2) of paragraph 69 of the EPF Scheme, 1952 the claim should be submitted after two months from the date of leaving service provided the member continues to remain un-employed in an estt. to which the Act applies.

तिथि /Date

अग्रिम टिकट लगी रसीद (केवल उपरोक्त 8(ख) के मामले में प्रस्तुत की जाए)
ADVANCE STAMPED RECEIPT (To be furnished only in case of 8(b) above)

क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/प्रभारी उप-लेखा कार्यालय से अपने भविष्य निधि खाते के निपटान पर

(₹.....) की राशि अपने बचत बैंक खाते में प्राप्त की।

Received a sum of ₹..... (₹..... only) from Regional Provident Fund Commission/Officer-in-Charge of Sub Regional Office by deposit in my Saving Bank account towards the settlement of my Provident fund Account.

क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/प्रभारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरने के लिए छोड़ा जाये
The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner, Office-in charge of Sub-Regional Office.

1.00 ₹ की
लगाइये
Affix 1.00
Stamp



सदस्य के हस्ताक्षर या बा
Signature or Left/Right hand thumb impression of the member

आयुक्त कार्यालय के प्रयोग के लिए / (For the use of Commissioner's Office)

खाते का निपटान किया गया। फार्म सं. 21-ए/2 तथा प्रत्यहरण रजिस्टर/3 प. पै. नि. प्रपत्र 9 (संशोधित) में प्रविष्ट की
A/c. Settled in Part/Full Entered in F-21-A/2 and with drawal Register/ Form 3 (F.P.F.) Form 9(Revised)

सा.सु.स.
SSA

अनु. फर्स
SS

रुपये के अधीन / Under Rs.

भुगतान मद सं.
P.I. No.

मनीआर्डर/चेक
M.O./Cheque

खाता सं.
Account No.

रुपये के भुगतान के लिए पास किया / Passed for payment for ₹

(शब्दों में) / (In words)

मनीआर्डर कमीशन (यदि कोई हो) / M.O. Commission (if any)
शुद्ध राशि मनीआर्डर द्वारा दी जानी है / Net Amount to be paid by M.O.

लेखा अधिकारी
Accounts Officer
दिनांक
Dated

(रोकड़ अनुभाग के प्रयोग के लिए) / (FOR USE IN CASH SECTION)

चेक सं.

Paid by cheque No.

दिनांक

Date

रोकड़ वही

Vide cash book

के खाता संख्या-10 मद नाम संख्या द्वारा किया गया।

and Account No. 10 Debit item No.

अनु. पय / SS

स.आ./क्षे.आ / A.C./R.C.

अभिवृत्तियों / REMARKS

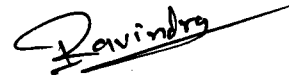
भविष्य निधि का एन.ई.एफ.टी. द्वारा शीघ्र भुगतान हेतु निम्नलिखित वितरण दावा प्रपत्र (फार्म) के साथ भेजें

Following information should be furnished along with claim form to expedite payment through N.E.F.T (National Electronic Fund Transfer)

1.	सदस्य/दावेदार का नाम Member's/ Claimant's Name	ASDFG PRASAD SINGH
2.	भविष्य निधि खाता संख्या E.P.F Account Number	Region Code _____/Est. Code _____/A/c no _____
3.	सदस्य की जन्म तिथि Member's Date of Birth	02 Jan'1985
4.	बैंक का बचत खाता संख्या Claimant's S.B. Account Number (Account Should not be in Joint Name)	0087987000198
5.	बैंक का पूरा नाम Name of the Bank	ICICI Bank Ltd.
6.	बैंक ब्रांच का पूरा पता Complete Bank Branch Address	Sh 21 & 22, DLF Galleria Mall, Gurgaon (HR) 122002
7.	बैंक ब्रांच का आईएफएस कोड संख्या (ग्यारह अंक) IFS Code of Bank Branch (11 digits)	I C I C 0 0 0 0 0 8 7
8.	दावेदार का मोबाइल नम्बर आदि कोई हो तो Mobile no of Claimant, if any	0 1 2 4 4 2 1 9 0 9 0
9.	ई-मेल यदि कोई हो तो E- Mail Address. If any	Personal @ gmail . Com

नोट :- सदस्य अपने प्रपत्र (फार्म) के साथ केवल अपने बैंक खाता संख्या की तसदीक बैंक पास बुक के प्रथम पृष्ठ की फोटोकॉपी, खाली कैसल्ट चेक/ बैंक स्टेटमेंट/ जिसमें बैंक खाता संख्या, सदस्य का नाम, बैंक का पूरा नाम व पता एवं बैंक शाखा का (आई. एफ. एस. कोड आवश्यक रूप से हों) संलग्न करें।

NOTE :- Member should enclose attested copy of first page of bank pass book or a copy of cancelled cheque or bank statement bearing account no., member name, bank name & full branch address and IFS code of bank branch.



सदस्य/ दावेदार के हस्ताक्षर
Member's/ Claimant's Signature's

Emp ID... HOM0000
Pan No. APRDA0008X E-Mail ID... Personal@gmail.com

मोबाइल सं./ Mobile Number 0124-4219090

(केवल कार्यालय के प्रयोगार्थी) / For Office Use Only

दावा संख्या / Claim I.D.

निकासी परिलाम / योजना प्रमाणपत्र के दावे हेतु प्रयोग किया जाने वाला प्रपत्र 10 सी
FORM 10C FOR CLAIMING WITHDRAWAL BENEFIT/SCHEME CERTIFICATE

कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 EMPLOYEES' PENSION SCHEME, 1995

प्रपत्र भरने से पहले निर्देशों को पढ़ें / (Read the instructions before filing up this form)

यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है। WITHDRAWAL BENEFIT IS NOT ADMISSIBLE IF MEMBERSHIP IS LESS THAN 180 DAYS EXCLUDING NON CONTRIBUTING PERIOD

1. (क) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Name of the Member (In Block Letters): ASDEG PRASAD SINGH
(ख) दावेदार का नाम
Name of the claimant (s): SELF

2. जन्मतिथि / Date of Birth (dd/mm/yyyy) 02 01 1985

3. पिता का नाम / Father's Name SRI XYZ PRASAD SINGH

पति का नाम Husband's Name (If applicable) _____

4. स्थापना का नाम व पता जिसमें सदस्य अंत में नियोजित था। /
Name & Address of the
Establishment in which, Max Life Insurance Co.Ltd.
the member was last employed

5. कोड सं. तथा खाता सं. क्षेत्र / का कोड स्थापना की कोड सं. खाता सं.
Code No. & Account No. Region/Off Code Estt. Code No. A/c No.

--	--	--	--	--	--	--

5A) कार्यरत तिथि / Date of Joining the Estt. _____

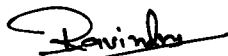
6. सेवा छोड़ने का कारण तथा
सेवा छोड़ने की तिथि
Reason for leaving service &
Date of Leaving Personal

7. पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में)
Full Address (In Block Letters) _____

श्री / श्रीमती / कुमारी / Sh. / Smt. / Kmr. ASDEG PRASAD SINGH

पुत्र / पत्नी / पुत्री / S/o, W/o, D/o. XYZ PRASAD SINGH पता / Address H-No-94,

Vill- Aya Nagar, New Delhi पिन/PIN 110047



सदस्य के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or Left / Right hand thumb impression of the member

नियोक्ता के हस्ताक्षर / Employer's Signature

8. क्या आप निकासी परिलाम के स्थान पर योजना प्रमाणपत्र स्वीकार करने के लिए तैयार हैं। हाँ Yes नहीं No
- Are you willing to accept Scheme Certificate in lieu of withdrawal benefits हाँ Yes नहीं No
- यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है।
Withdrawal benefit is not admissible if the membership is less than 180 days excluding non contributory period of service.

9. परिवार का विवरण (पति/पत्नी तथा बच्चे तथा नामिति)
Particulars of Family (Spouse & Children & Nominee)
(सिर्फ योजना प्रमाण पत्र के विकल्प के लिए / applicable only for Scheme Certificate option)

	नाम Name	जन्म तिथि Date of Birth	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member	नाबालिक के अविभाक का नाम Name of the guardian of minor
(क) परिवार के सदस्य (a) Family members				
(ख) नामिति (b) Nominee				

10. बिना दावा दिए 58 वर्ष की आयु प्राप्त करने के बाद सदस्य की मृत्यु होने पर :-
In case of death of members after attaining the age of 58 years without filling the claim:-
- (क) सदस्य की मृत्यु की तिथि / Date of death of the member

(ख) दावेदारों के नाम / तथा सदस्य से उसका संबंध / Name of the Claimant(s) and relationship with the member

11. धनप्रेषण का माध्यम (विकल्पित विधि के अनुसार संबंधित कोष्टक में टिक करें)
Mode of remittance (put a tick in the box against the one opted)

(क) मद सं. 7 में दिए पते पर मेरी लागत पर डाक मनीआर्डर द्वारा

By postal money order at my cost to the address given against item No.7:

(ख) मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत खाता सं.(अनुसूचित बैंक/डाकघर) में रेखकित चेक/ इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आदाता खाता सीधे भेजा जाए/ (b) By account payees cheque/ electronic mode sent Directly for credit to my S.B. A/C (Scheduled Bank /P.O.) under intimation to me.

बचत बैंक खाता सं./S.B. Account No. :

0087987000198

बैंक का नाम (स्पष्ट अक्षरों में / Name of the Bank (In Block Letters) :

ICICI Bank Ltd.

शाखा (स्पष्ट अक्षरों में) / Branch (In Block Letters) :

DLF, Gurgaon

आई.एफ.एस. कोड / IFS Code :

ICIC0000087

शाखा का पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में) / Full address of the Branch (In Block Letters) :

34 218 22, DLF Galleria Mall
Gurgaon (HR) 122002

(अपने बैंक खाते के खाली/रद्द चेक की एक प्रति संलग्न करें Please attach a copy of cancelled/blank cheque)

12. क्या आप क.पें. यो. 95 के तहत पेंशन प्राप्त कर रहे हैं ?
Are you availing pension under EPS-95 ?

हाँ/Yes

नहीं/No

यदि हाँ, तो इंगित करें
If yes, indicate

पी.पी.ओ. सं.
PPO No.....

किसके द्वारा जारी

By whom issued.....

प्रमाणित किया जाता है कि विवरण मेरे अधिकतम ज्ञान के अनुसार सत्य हैं / Certified that the particulars are true to the best of my knowledge

दिनांक

Date



सदस्य/दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएं हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or left Hand Thumb impression of the Member/Claimant

नियोक्ता के हस्ताक्षर / Employer's Signature

अग्रिम प्राप्ति रसीद
Advance Stamped Receipt
(केवल ऊपर (ख) के मामले में ही प्रस्तुत किया जाए)
[To be furnished only in case of (b) above]

पेंशन निधि खाते के निपटान स्वरूप क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/उप-क्षेत्रीय कार्यालय के प्रभारी अधिकारी से अपने बचत बैंक खाते में जमा द्वारा
₹ (शब्दों में) की राशि प्राप्त की।

Received a sum of ₹ (Rupees.....) only from
Regional Provident Fund Commissioner/Officer-in-charge of Sub-Regional Office.....by deposit in my
savings Bank A/c towards the settlement of my Pension Fund Account.

बैंकी तरफ दिए रिक्त स्थान को क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/प्रभारी अधिकारी द्वारा भरा जाएगा।

The space should be left blank which shall be filled by Regional Provident Fund
Commissioner/Officer-in-charge)



टिकट पर सदस्य के हस्ताक्षर और बाँय हाथ के अंगूठे का निशान

Signature & left hand thumb impression of the member on the stamp

प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य द्वारा दिए विवरण सही है और सदस्य ने मेरे समक्ष हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठा निशानी लगाई है।

Certified that the particulars of the member given are correct and the member has signed/thumb impressed before me.

सदस्य की मजदूरी एवं गैर अंशदायी सेवावधि के विवरण निम्नानुसार हैं :-

The details of wages and period of non-contributory service of the member are as under:

(प्रपत्र-3ए/7) (क.पें.यो.) उस अवधि का संलग्न है जिस अवधि हेतु ये कर्मचारी भविष्य निधि कार्यालय को भेजे नहीं गए थे।)

(Form 3A/7 (EPS) enclosed for the period for which it was not sent to Employees' Provident Fund Office)

दिनांक 15.11.95 को मजदूरी (मूल वेतन + महंगाई भत्ता) (यदि लागू है)
Wages (Basic +D.A.) as on 15.11.95 (if applicable)

₹

सेवा त्यागने की तिथि को मजदूरी

Wages as on the date of exit

₹

गैर अंशदायी सेवा की अवधि :

Period of non contributory Service :

वर्ष/माह

दिन

Year/Month

No. of days

दिनांक

Date

नियोक्ता/प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of Employer/Authorised Official

आयुक्त कार्यालय के प्रयोगार्थ (For the use of commissioner's office)

₹ के अधीन/अदायगी मद सं. मनीआर्डर/चेक

Under ₹ P.I.No..... M.O./Cheque.

₹ शब्दों में की अदायगी हेतु स्वीकृत किया।

Passed for payment for ₹ (in words)

मनीआर्डर कमीशन (यदि कोई है) निकासी परिलाभ की निवल राशि

M.O.Commission (if any) net amount to be paid by M.O towards withdrawal
benefit.

सा.सु.स.
SSA

अनुपर्यवेक्षक
S.S.

स.ले.अधि.
A.AO.

(नकदानुभाग के प्रयोगार्थ)
(For use in Cash Section)

चेक सं. दिनांक द्वारा संदेय जिसे नकद पुस्तिका (बैंक) खाता

सं.-10 डेबिट मद सं. पर दर्ज कर लिया है।

Paid by inclusion in cheque No..... Dtvide Cash Book (Bank) Account No.10 Debt
item No.....

अनु. पर्य.
S.S

स. अधि. (नकद)
AC (Cash)

एस. एस. जारी करने के लिए आई. डी. एस संलग्न है :-
For issue of S.C., IDS is enclosed

सा.सु.स.
SSA.

अनु. पर्य.
S.S.

स.ले.आ.
A.AO.

स.भ.नि.आ. (लेखा)
APFC (A/cs.)

(पेंशन अनुभाग के प्रयोगार्थ)
(For use in Pension Section)

योजना प्रमाणपत्र जिस पर नियंत्रण सं. उल्लिखित है, को दिनांक

..... को जारी किया और इसकी प्रविष्टि योजना प्रमाणपत्र नियंत्रण पंजी में की।

Scheme Certificate bearing the control Noissued onand
entered in the Scheme Certificate Control Register.

सा.सु.स..
SSA

अनु. पर्य.
S.S.

स.ले.आ.
A.AO.

स.भ.नि.आ. (लेखा)
APFC (A/cs.)

भविष्य निधि का एन.ई.एफ.टी. द्वारा शीघ्र भुगतान हेतु निम्नलिखित वितरण दावा प्रपत्र (फार्म) के साथ भेजें

Following information should be furnished along with claim form to expedite payment through N.E.F.T (National Electronic Fund Transfer)

1.	सदस्य/दावेदार का नाम Member's/ Claimant's Name	ASDFG PRASAD SINGH
2.	भविष्य निधि खाता संख्या E.P.F Account Number	Region Code _____/Est. Code _____/A/c no _____
3.	सदस्य की जन्म तिथि Member's Date of Birth	02 Jan'1985
4.	बैंक का बचत खाता संख्या Claimant's S.B. Account Number (Account Should not be in Joint Name)	0087987000198
5.	बैंक का पूरा नाम Name of the Bank	ICICI Bank Ltd.
6.	बैंक ब्रांच का पूरा पता Complete Bank Branch Address	Sh 21 & 22, DLF Galleria Mall, Gurgaon (HR) 122002
7.	बैंक ब्रांच का आईएफएस कोड संख्या (ग्यारह अंक) IFS Code of Bank Branch (11 digits)	ICIC0000087
8.	दावेदार का मोबाइल नम्बर आदि कोई हो तो Mobile no of Claimant, if any	01244219090
9.	ई-मेल यदि कोई हो तो E- Mail Address. If any	Personal @ gmail . Com

नोट :- सदस्य अपने प्रपत्र (फार्म) के साथ केवल अपने बैंक खाता संख्या की तसदीक बैंक पास बुक के प्रथम पृष्ठ की फोटोकॉपी, खाली कैसल्ट चेक/ बैंक स्टेटमेंट/ जिसमें बैंक खाता संख्या, सदस्य का नाम, बैंक का पूरा नाम व पता एवं बैंक शाखा का (आई. एफ. एस. कोड आवश्यक रूप से हों) संलग्न करें।

NOTE :- Member should enclose attested copy of first page of bank pass book or a copy of cancelled cheque or bank statement bearing account no., member name, bank name & full branch address and IFS code of bank branch.

Ravindra

सदस्य/ दावेदार के हस्ताक्षर
Member's/ Claimant's Signature's