

# INDEX

**Criteria: 06**

**Key Indicator: 6.3 Faculty Empowerment Strategies**

**Metric No: 6.3.1**

**Metric Name: *The institution has effective welfare measures for teaching and non-teaching staff***

<b>S.No.</b>	<b>Particulars of Document</b>	<b>Annexure</b>	<b>Page No.</b>
<b>01</b>	<b>OPS Order of C.G. Govt.</b>	<b>A-01</b>	<b>10-11</b>
<b>02</b>	<b>GPF Final Payment Format</b>	<b>A-02</b>	<b>12-13</b>
<b>03</b>	<b>Medical Certificate Format</b>	<b>A-03</b>	<b>14</b>

A-01

वित्त निर्देश 07/2022

छत्तीसगढ़ शासन  
वित्त विभाग  
मंत्रालय

महानदी भवन, नवा रायपुर अटल नगर

क्रमांक 202/एफ 2016-04-03289/वित्त/नियम/चार, नवा रायपुर अटल नगर, दिनांक 08/04/2022

प्रति,

शासन के समस्त विभाग,  
अध्यक्ष राजस्व मण्डल, बिलासपुर,  
समस्त विभागाध्यक्ष,  
समस्त संभागीय आयुक्त,  
समस्त कलेक्टर,  
छत्तीसगढ़

विषय:- दिनांक 01.11.2004 एवं उसके पश्चात् नियुक्त राज्य के कर्मचारियों हेतु पुरानी पेंशन योजना (OPS) लागू करने के निर्णय के परिप्रेक्ष्य में नवीन अंशदायी पेंशन योजना अंतर्गत की जा रही मासिक कटौती समाप्त करने बाबत ।

--0--

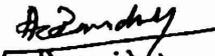
राज्य शासन द्वारा दिनांक 01.11.2004 से लागू नवीन अंशदायी पेंशन योजना के स्थान पर पुरानी पेंशन योजना (OPS) राज्य के कर्मचारियों हेतु लागू किये जाने का निर्णय लिया गया है ।

2/ अतः दिनांक 01.11.2004 एवं उसके पश्चात् नियुक्त राज्य के कर्मचारियों जिन पर नवीन अंशदायी पेंशन योजना लागू है, उनके नवीन अंशदायी पेंशन योजना हेतु की जा रही 10 प्रतिशत की मासिक कटौती दिनांक 01.04.2022 से (जो माह अप्रैल 2022 के लिए देय है) समाप्त किया जाता है ।

3/ उक्त कर्मचारियों का अप्रैल माह के वेतन से सामान्य भविष्य निधि नियम अनुसार मूल वेतन का न्यूनतम 12 प्रतिशत सामान्य भविष्य निधि राशि की कटौती की जावे ।

4/ सामान्य भविष्य निधि की कटौती का ब्योरा संचालनालय, कोष लेखा एवं पेंशन स्तर पर पृथक से रखा जावेगा तथा संबंधित कर्मचारियों के नवीन सामान्य भविष्य निधि खाता क्रमांक आवंटित होने पर यह राशि उसमें दर्शायी जावेगी ।

छत्तीसगढ़ के राज्यपाल के नाम से  
तथा आदेशानुसार

  
(अतीश पांडेय)  
संयुक्त सचिव



//2//

पृ.क्रमांक 203 एफ 2016-04-03289 / वित्त / नियम / चार, नवा रायपुर अटल नगर, दिनांक 08/04/2022  
प्रतिलिपि:-

1. राज्यपाल के सचिव, राजभवन, रायपुर
2. सचिव, छत्तीसगढ़ विधानसभा सचिवालय, रायपुर
3. सचिव, मुख्यमंत्री सचिवालय, नवा रायपुर, अटल नगर
4. रजिस्ट्रार जनरल / महाधिवक्ता / उपमहाधिवक्ता, छत्तीसगढ़ उच्च न्यायालय, बिलासपुर
5. सचिव, वित्त विभाग, मंत्रालय, नवा रायपुर अटल नगर
6. सचिव, छत्तीसगढ़ लोक सेवा आयोग / मानवाधिकार आयोग / राज्य निर्वाचन आयोग / लोक आयोग, रायपुर
7. निज सचिव / निज सहायक, मंत्री / राज्यमंत्री, छत्तीसगढ़, नवा रायपुर, अटल नगर
8. महालेखाकार, छत्तीसगढ़, रायपुर
9. मुख्य सचिव के उप सचिव, मंत्रालय, नवा रायपुर, अटल नगर
10. आयुक्त, जनसंपर्क संचालनालय, नवा रायपुर, अटल नगर
11. आवासीय आयुक्त, छत्तीसगढ़ भवन, नई दिल्ली
12. राज्य सूचना आयुक्त, सेक्टर-19, नवा रायपुर, अटल नगर
13. छत्तीसगढ़ राज्य विधिक सेवा प्राधिकरण, विविध सेवा मार्ग, बिलासपुर
14. समस्त अपर सचिव / विशेष सचिव / संयुक्त सचिव / उप सचिव / अवर सचिव / विशेष कर्तव्यस्थ अधिकारी / शोध अधिकारी एवं समस्त शाखा, वित्त विभाग, मंत्रालय, नवा रायपुर, अटल नगर
15. संचालक, कोष, लेखा एवं पेंशन, छत्तीसगढ़, नवा रायपुर, अटल नगर
16. मुख्य लेखाधिकारी, मंत्रालय, नवा रायपुर, अटल नगर
17. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, कोष, लेखा एवं पेंशन, छत्तीसगढ़
18. समस्त कोषालय अधिकारी, जिला / इन्द्रावती कोषालय, छत्तीसगढ़
19. समस्त प्राचार्य, लेखा प्रशिक्षण शाला, रायपुर / बिलासपुर, छत्तीसगढ़
20. संचालक, शासकीय लेखन सामग्री एवं मुद्रण, रायपुर
21. समस्त मान्यता प्राप्त कर्मचारी संघ, छत्तीसगढ़
22. प्रेस अधिकारी, प्रेस प्रकोष्ठ, मंत्रालय, नवा रायपुर, अटल नगर

- को सूचनार्थ / आवश्यक कार्यवाही हेतु

23. संचालक, वित्तीय प्रबंध एवं सूचना प्रणाली, नवा रायपुर को वित्त विभाग की बेबसाइट [www.cgfinance.nic.in](http://www.cgfinance.nic.in) में अपलोड करने हेतु



  
(इन्साप्रकाश रात्रे)  
अवर सचिव

A-02

FORM CGTC 63

[See Subsidiary Rule 529 (I)]

Adjustable by .....  
Voucher No.....  
Dated the.....

GPF FINAL PAYMENT

Bill for withdrawing Final Payment/Advance/Other withdrawals from General Provident Fund of ----- the Establishment of the ----- for the month of -----.

Serial No.	Employee Code Name of subscriber and pay	General Provident Fund Account No.	No. and date of sanction letter of authority	Final payment advance other withdrawals	Acceptance
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>TOTAL Rs.</b>					

Net amount required for payment (in word) Rupees: -----

(Space for classification)

(Signature) .....

(Designation of the Drawing Officer)

06-2054-[00]-{000}-0000-(0000)-#00-000-V

Station.....

Dated.....

Contents received  
"Signature of the Drawing Officer"

Pay Rs.....

(Rupees..... )

Pay to.....

(Signature of the Drawing Officer)

Treasury Officer  
Examined and entered

Treasury Accountant



CERTIFICATE

Certified that I have satisfied myself that all sums included in bills in form CGTC 63 drawn one month/two month/three month previous to this date in favour of ----- Accounts No. ----- with the exception of those detailed below (of which the total has been refunded by deduction from this bill) have been disbursed to the proper persons and that their acquittances have been taken and filed in my office with receipts stamp duly cancelled for every payment in excess of Rs. 20.

2. Certified that the balance at my credit/the credit of the subscriber on the date of withdrawal covers the sum drawn in the bill.

The policy No. .... With ..... company has already been assigned in favour of the Governor of Madhya Pradesh and submitted to the Accounts Officer (or the details of the policy proposed to be taken have been communicated to and accepted by the Accounts Officer in letter No ..... dated.....)

(Signature).....  
(Designation).....

[for use in audit office]

Admitted Rs.

Objected Rs.

Auditor

Accountant.

UNDER Rs. -----



A-03

FORM-3  
(See Rule 18)

**MEDICAL CERTIFICATE FOR GAZATTED OFFICERS  
RECOMMENDED LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR  
COMMUTATION OF LEAVE**

Signature of the Government Servant:

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

In my opinion, it is/it is not necessary for the Government servant to appear before a Medical Board.

Civil Surgeon/Staff Surgeon/  
Authorised Medical Attendant  
.....Dispensary

Date:

Signature of the Government Servant

**MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS  
TO JOIN DUTY AFTER LEAVE**

I, Dr. .... do hereby certify that I have carefully examined Sri./Smt. .... whose signature is given above and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in ..... with effect from ..... I also certify that before arriving at this decision, I have examined the original Medical Certificate and statement of the case on which leave was granted and have taken these in to consideration in arriving at my decision.



Signature of Medical Officer  
.....  
Registration No.....  
Part of Registration  
System of Medicine

Place:  
Date: