

प्रपत्र भरने हेतु निर्देश

- जहां पर अंग्रेजी भाषा का प्रयोग अपेक्षित हो, वहां अंग्रेजी के बड़े अक्षरों (capital letters) का ही प्रयोग किया जाये।
- कृपया कार्यालय का पूरा नाम अंकित करें, संक्षिप्त अक्षरों (abbreviation)का प्रयोग न किया जाये।
- * चिन्ह की प्रविष्टियों को भरना अनिवार्य है।
- ** चिन्ह की प्रविष्टियां चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग के लिए लागू नहीं है।
- प्रत्येक प्रपत्र के नीचे "अधिकारी/कर्मचारी" तथा "जांच अधिकारी/कर्मचारी" के हस्ताक्षर अनिवार्य है।

मानव सम्पदा : मानव संसाधन प्रबन्धन प्रणाली के लिए कर्मचारी का विवरण

भाग—A: कर्मचारी का पंजीकरण विवरण

कन्ट्रोल संख्या:
(विभागीय प्रयोग हेतु)

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

क्र0सं0	शीर्षक	कोड सं0	विवरण				
A1*	अधिकारी/कर्मचारी का नाम (हिंदी में)						
A2 *	अधिकारी/कर्मचारी का नाम (अंग्रेजी में)						
A3 *	पिता/पति/माता का नाम						
A4 *	जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)						
A5 *	सेवा प्रकार						
A6	आधार संख्या						
A7	पैन संख्या						
A8 *	राष्ट्रीयता						
स्थायी पता							
A9 *	राज्य						
A10 *	जनपद						
A11 *	पिन कोड						
A12	स्थायी पता						
A13 *	ईमेल आईडी0 (व्यक्तिगत)						
A14*	मोबाइल नंबर (व्यक्तिगत)						
A15	मोबाइल नंबर (सी0यू0जी0)						
A16 *	स्व हस्ताक्षरित नवीनतम फोटो	A17	पूर्ण हस्ताक्षर	A18 * पुरुष अपने बाँये हाथ/महिला अपने दाँये हाथ के अंगूठे का निशान लगाए			

भाग- B: कर्मचारी का वर्तमान तैनाती विवरण

क्र०सं०	शीर्षक	कोड सं०	विवरण											
B1	विभाग		Department of Medical Health & Family Welfare											
B2*	जनपद													
B3*	कार्यालय का स्तर													
B4	वर्तमान पोस्टिंग कार्यालय													
B5*	पद नाम													
B6	उप पदनाम													
B7*	भर्ती का प्रकार													
B8*	सेवा प्रारम्भ करने की तिथि				/			/						
B9*	सेवानिवृत्ति की तिथि				/			/						
B10*	श्रेणी													
B11*	राजपत्रित/अराजपत्रित													
B12	पद का विवरण													
B13	ई-वेतन कोड													
B14	विभागीय कर्मचारी कोड													

भाग- C: कर्मचारी का व्यक्तिगत विवरण

क्र०सं०	शीर्षक	कोड सं०	विवरण			
C1*	वैवाहित स्थिति					
C2*	लिंग					
C3	क्या आप विकलांग हैं?		हां		नहीं	
	यदि हाँ, विकलांगता का प्रकार					
C4*	पहचान चिन्ह					
C5*	लम्बाई (से.मी. में)					
C6*	जाति श्रेणी					
C7	जाति उप-श्रेणी					
C8*	जाति					
C9*	धर्म					
C10*	रक्त वर्ग					

C11*	गृह राज्य		
C12*	गृह जनपद		
C13*	संवर्ग		
C14*	सेवा		
C15*	गृह नगर		
C16*	निकटतम रेलवे स्टेशन		
C17 *	नियोक्ता		

पते की विवरण

C18 *	वर्तमान पता			
C19	मकान नंबर	C20	गली नंबर	
C21	मोहल्ला/गाँव	C22	वार्ड नंबर	
C23 *	राज्य	C24 *	जनपद	
C25	ब्लाक	C26	पंचायत	
C27	पिन कोड	C28	पुलिस थाना	
C29	फ़ोन नंबर	C30	मोबाइल नंबर	
C31	इ-मेल आई डी			

यदि स्थाई पता, वर्तमान पता से अलग हो तो स्थाई पते का विवरण भरें

C32 *	स्थायी पता			
C33	मकान नंबर	C34	गली नंबर	
C35	मोहल्ला/गाँव	C36	वार्ड नंबर	
C37 *	राज्य	C38 *	जनपद	
C39	ब्लाक	C40	पंचायत	
C41	पिन कोड	C42	पुलिस थाना	
C43	फ़ोन नंबर	C44	मोबाइल नंबर	
C45	इ-मेल आई डी			

भाग- D: चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में सेवा प्रारम्भ करने का विवरण

क्र०सं०	शीर्षक	कोड सं०	विवरण						
D(a)	राज्य		उत्तर प्रदेश						
D(b)	विभाग		Dept. of Medical Health & Family Welfare						
D(c)*	जनपद								
D(d)*	कार्यालय स्तर								
D(e)*	कार्यालय का नाम								
D1*	नियुक्ति का दिनांक			/		/			
D2 *	सेवा प्रारम्भ करने की तिथि			/		/			
D3 *	भर्ती का प्रकार								
D4 *	नियुक्ति आदेश संख्या								
D5 *	प्रारम्भिक पद नाम								
D6 *	श्रेणी								
D7 *	सेवा प्रकार								
D8 *	राजपत्रित / अराजपत्रित								
D9 *	संवर्ग								
D10 *	सेवा								
D11 *	नियुक्ति प्राधिकारी								
D12 *	नियोक्ता								
D13 *	वरिष्ठता सूची का वर्ष								
D14 *	वरिष्ठता सूची का क्रमांक								
D15 *	वरिष्ठ खंड / मंडल								
D16 *	लागू वेतन आयोग								
D17 *	मूल वेतन								
D18 *	कटौती का प्रकार		जी०पी०एफ / सी०पी०एफ०						
D19	जी०पी०एफ० क्रमांक								
D20(a)*	जी०आई०एस० सदस्यता		हां		नहीं				
D20(b)*	यदि हां, जी०आई०एस० क्रमांक								
D21	प्रान (PRAN) क्रमांक								

संविदा कर्मियों के लिए					
D22	कार्यक्रम का नाम		D23	एफ०एम०आर० कोड	

भाग- E: कर्मचारी का शिक्षा विवरण

E1	E2 *	E3 *	E4 *	E5	E6	E7
परीक्षा (समकक्ष)	विषय / स्ट्रीम	बोर्ड / विश्वविद्यालय का नाम	उत्तीर्ण वर्ष	प्राप्तांक	विशेषज्ञता	ग्रेड
10th/मैट्रिक						
10+2						
स्नातक						
चिकित्सा स्नातक						
परास्नातक						
चिकित्सा परास्नातक						
चिकित्सा डिप्लोमा						
पैरामेडिकल डिप्लोमा						
अन्य चिकित्सा शिक्षा						
अन्य चिकित्सा शिक्षा						
अन्य शिक्षा						

भाग— F: विभाग में प्रशिक्षण का विवरण

क्रमांक	शीर्षक	विवरण 1	विवरण 2	विवरण 3
F1 *	अन्तरदेशीय (हाँ/नहीं)			
F2 *	प्रशिक्षण का प्रकार			
F3 *	प्रशिक्षण का शीर्षक			
F4 *	प्रशिक्षण संस्थान का नाम			
F5	प्रशिक्षण प्रायोजक/ संयोजक			
F6 *	दिनांक से (MM/YYYY)			
F7 *	दिनांक तक (MM/YYYY)			

नोट: कृपया अतिरिक्त सूचना के लिए इस पृष्ठ की कॉपी कर विवरण दें।

भाग- G: कर्मचारी के परिवार का विवरण

G1 *	G2 *	G3 *	G4	G5
सदस्य का नाम	कर्मचारी से सम्बन्ध	जन्म तिथि	सदस्य का आधार संख्या	आश्रित है या नहीं

यदि पति या पत्नी राज्य सरकार की सेवा में हैं तो निम्न विवरण दें:-

G6		G7	G8	G9	G10	G11	G12
यदि चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ०प्र० में कार्यरत हैं, निम्न का उल्लेख करें		संस्थान का नाम	संस्थान का प्रकार	पति या पत्नी का नाम	पदनाम	नियमित /संविदा	तैनाती का जनपद
कम्प्यूटर आई०डी०	वरिष्ठता क्रमांक						

भाग: H- कर्मचारी द्वारा लिए गए ऋण का विवरण

क्रमांक	शीर्षक	विवरण 1	विवरण 2	विवरण 3
H1 *	ऋण का प्रकार			
H2 *	ऋण खाता संख्या			
H3 *	पत्रांक नं0			
H4 *	स्वीकृति तिथि			
H5 *	स्वीकृत धनराशि			
H6 *	ऋण चुकाने की तिथि			
H7	टिप्पणी			

नोट: कृपया अतिरिक्त सूचना के लिए इस पृष्ठ की कॉपी कर विवरण दें।

भाग- I: विभागीय सेवा में स्थानान्तरण/प्रोन्नति का विवरण

क्रमांक	शीर्षक	विवरण 1	विवरण 2	विवरण 3
11 *	आदेश संख्या			
12 *	आदेश दिनांक			
13 *	पद परिवर्तन			
14**	पोस्टिंग क्षेत्र	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
15	राज्य (से)	उत्तर प्रदेश		
16	विभाग (से)	Dept. of Medical Health & Family Welfare		
17*	जनपद (से)			
18*	कार्यालय स्तर (से)			
19*	कार्यालय (से)			
110**	शाखा (से)	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
111*	पदनाम (से)			
112	राज्य (को)	उत्तर प्रदेश		
113	विभाग (को)	Dept. of Medical Health & Family Welfare		
114*	जनपद (को)			
115*	कार्यालय स्तर (को)			
116*	कार्यालय (को)			
117**	शाखा (को)	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
118*	पदनाम (को)			
119	स्थानान्तरण का कारण (टिप्पणी)			
120*	आदेश प्रभावी तिथि			
121	वित्तीय लाभकारी तिथि			
122*	लागू वेतन आयोग			
123*	मूल वेतन			
124	वेतनमान / ग्रेड दिनांक			
125	सेवा			

नोट: कृपया अतिरिक्त सूचना के लिए इस पृष्ठ की कॉपी कर विवरण दें।

भाग—J: कर्मचारी नामांकन विवरण

जी०पी०एफ०/सी०पी०एफ० के लिए कर्मचारी नामांकन विवरण							
क्रमांक	नामित व्यक्ति का नाम	सम्बन्ध	नामांकन का प्रकार (All/CPF/EPF/ GPF/Gratuity/GIS)	जन्मतिथि	प्रतिशत (%)	खाता संख्या, बैंक का नाम, बैंक शाखा, एवं IFSC कोड	पता, यदि नामित व्यक्ति एवं कर्मचारी का वर्तमान पता एक समान नहीं है तो
J1	J2 *	J3 *	J4 *	J5 *	J6 *	J7	J8
1							राज्य * जनपद *
2							राज्य * जनपद *
3							राज्य * जनपद *
अभिभावक का विवरण यदि नामित व्यक्ति नाबालिग हो							
अभिभावक का नाम		सम्बन्ध		पता			

नोट: कृपया अतिरिक्त सूचना के लिए इस पृष्ठ की कॉपी कर विवरण दें।

भाग—क: कर्मचारी का पुरस्कार विवरण

क्रमांक	पुरस्कार का नाम	पुरस्कार प्राप्ति की		पुरस्कार देने वाला विभाग		विवरण
		तिथि	प्रकार	सरकारी (हाँ/नहीं)	विभाग का नाम	
K1	K2	K3 *	K4 *	K5	K6	K7