



दक्षिण रेलवे/SOUTHERN RAILWAY

मंडल मुख्यालय / Divisional Office

कार्मिक शाखा / Personnel Branch



International Year
of Cooperatives

Cooperatives Build a Better World

सं./No.SA/641/SBF/2023-24, 2024-25 and 2025-26

Date.19.11.2025.

सर्व संबंधितों को

All concerned/Salem Division

विषय : वर्ष 2023-24,2024-25 and 2025-26 की कर्मचारी हित निधि से सहायता ।

Sub : Assistance from Staff Benefit Fund for the year 2023-24,2024-25
and 2025-26

-o0o-

निम्नलिखितों के लिए वर्ष 2023-24, 2024-25 and 2025-26 की कर्मचारी हित निधि से सहायता प्रदान करने के लिए कैरेज व वैगन वर्क्स की कर्मचारियों से आवेदन आमंत्रित किए जाते हैं ।

Applications are invited from the staff of Salem Division for the grant of assistance from the Staff benefit Fund for the year 2023-24,2024-25 and 2025-26 for the following:

1. अस्वस्थता बेनिफिट SICKNESS BENEFITS:

Financial assistance will be granted to employees who were on SLWP (Sick leave without pay) due to sickness on medical grounds for more than 15 continuous days or above during this financial year (01.04.2023 to 30.03.2024, 01.04.2024 to 31.03.2025 and 01.04.2025 to 31.03.2026). Assistance from SBF is not admissible for the period for which LND (Leave Not Due) has been sanctioned.

2. चश्मे की लागत के लिए सहायता ASSISTANCE TOWARDS COST OF SPECTACLES:

Assistance will be given to non-gazetted employees towards cost of spectacles purchased after 01.04.2023 .

The original cash receipt and the Doctor's prescription should be enclosed with the application form.

आवेदन पूर्ण रूप से भरा जाए और उस पर पर्यवेक्षक के हस्ताक्षर तथा रेलवे चिकित्सा अधिकारी के प्रतिहस्ताक्षर प्राप्त किया जाए ।

All the applications should be duly filled and the signature of supervisory officials and counter signature of the Railway Medical Officer should be obtained.

आवेदन को दि. **31.12.2025** तक प्रस्तुत करें । इस तारीख के बाद प्राप्त होने वाले आवेदन स्वीकार नहीं किए जाएंगे ।

The last date for submission of the application is **31.12.2025**. Applications received after the last date will not be accepted. Application copy is enclosed

कर्मचारियों के बीच इसका व्यापक प्रचार किया जाए । इसकी एक प्रति सूचना बोर्ड पर प्रदर्शित की जाए ।

Wide publicity may be given among the staff. One copy should be exhibited on the Notice Board.

(Dr. M. Krishna Muthu Rajan)
Chairman/DSBF/SA &
Divisional Personnel Officer/Salem

प्रतिलिपि / Copy to: PS to DRM for kind information of DRM
PS to ADRM for kind information of ADRM
All Officers of Salem Division
All Section WI's for wide circulation among the section
DS/SRMU, DS/DREU, DS/AISCSTREA, DS/AIOBCREA/SA Division
DSBF Sub-Committee members/SA

दक्षिण रेलवे SOUTHERN RAILWAY

चश्मे की खरीदी के लिए कैरेज वर्क्स, पेरम्बूर की कर्मचारी हित निधि से

सहायता प्रदान करने के लिए आवेदन

**APPLICATION FOR GRANT OF ASSISTANCE FROM DSBF OF SALEM DIVISION
TOWARDS PURCHASE OF SPECTACLES**

कर्मचारी का नाम /Name of Employee :

पदनाम व टि.सं /Designation &Shop :

एचआरएमएस आईडी HRMS ID :

पी.एफ. संख्या, एवं बिल यूनिट संख्या/ PF. No., & Bill Unit No.

समुदाय /Community : SC / ST / OBC / UR

सेल / Cell No. :

निवेदन है कि मेरे द्वारा खरीदी गई चश्मे की लागत के लिए क.हि.नि से सहायता प्रदान करें ।

I wish to apply for **assistance from DSBF** towards cost of **spectacles** purchased by me.

I purchased the spectacles from
on at a cost of **Rs. (Rupees.**
.....) vide **receipt in original** enclosed herewith.

I was advised by to wear spectacles
on duty (**Medical prescription** dated **in original** enclosed).

मेरा वेतन My **pay** is रु Rs. in **Scale/वेतनमान**

संलग्नक/Encl.: 1. Medical prescription in original

2. Cash receipt in original

घोषणा DECLARATION

जहाँ तक मेरी जानकारी है, ऊपर उल्लिखित विवरण सही है और भविष्य में यदि गलत पाए जाने पर,
मेरे विरुद्ध अ व अ नियम के तहत कार्रवाई की जा सकती है ।

The details furnished above are true to the best of my knowledge and if found to be false in
future, I shall be taken up under **D & A Rules**.

आवेदक के हस्ताक्षर **SIGNATURE OF APPLICANT**

सचिव, क.हि.नि उप समिति/कैव/पेरम्बूर को निपटान के लिए अग्रेषित है ।

Forwarded to the **Chairman, DSBF Sub Committee Salem Division**
..... for disposal

स्टेशन /Station :

तारीख /Date:

आसन्न पर्यवेक्षक के हस्ताक्षर

Signature of immediate Superior

पदनाम /Designation :

कार्यालय मोहर/Office Seal

Remarks of D.M.O

स्टेशन /Station :

तारीख /Date:

हस्ताक्षर/ Signature

पदनाम /Designation

कार्यालय मोहर/Office Seal:

दक्षिण रेलवे SOUTHERN RAILWAY

अर्ध औसत वेतन छुट्टी अवधि / चैकित्सिक आधार पर वेतन का नुकसान के लिए
कर्मचारी हित निधि से सहायता के लिए आवेदन(2023-24,2024-25,2025-26)

**APPLICATION FOR THE ASSISTANCE FROM DSBF FOR THE PERIOD
OF S/LWP ON MEDICAL GROUNDS (2023-24,2024-25,2025-26)**

1. कर्मचारी का नाम /Name of Employee :
2. पदनाम व कार्यालय /Designation & Office :
3. एचआरएमएस आईडी और पीएफ नंबर HRMS ID & PF No.
4. समुदाय /Community :
5. स्टेशन, टिकट सं. /Station :
6. छुट्टी में जाते समय वेतन /
Pay on the date proceeding on
which leave commences :
7. छुट्टी संबंधी विवरण /Particulars of leave :
8. सेल नंबर /Cell No. :

से/From	तक/To	दिनों की संख्या /No. of days
---------	-------	------------------------------

चैकित्सिक अभिलेख/प्रमाणन संलग्न करें /Enclose Medical Records/Certification
आधार प्रति /AAdhaar copy.

स्टेशन /Station :

तारीख / Date :

कर्मचारी के हस्ताक्षर **SIGNATURE OF THE EMPLOYEE**

सचिव, क.हि.नि उप समिति को अग्रेषित है ।
Forwarded to the Chairman/DSBF/SA

प्रमाणित किया जाता है उपर्युक्त विवरण सही है ।
Certified that the particulars furnished above are correct.

कार्यालय / Office:

दिनांक / Date:

छुट्टी अनुभाग के सब-हेड के हस्ताक्षर
Signature of Sub-Head of the
Leave Section