



राष्ट्रीय प्रतिरक्षाविज्ञान संस्थान  
NATIONAL INSTITUTE OF IMMUNOLOGY, NEW DELHI

आवासीय टेलीफोन/मोबाइल/ब्रॉडबैंड प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र  
RESIDENTIAL TELEPHONE/MOBILE/BROADBAND REIMBURSEMENT CLAIM FORM

नाम/NAME: पदनाम/DESIGNATION

वेतन बचत खाता संख्या/SALARY SB ACCOUNT NO.:

वेतन श्रेणी का मान अधिकतम अनुमत/ SCALE OF PAY CATEGORY Maximum Allowed

वेतनमान/Scale of Pay	श्रेणी/Category	अधिकतम अनुमत /Max. Allowed
स्तर ) 17निदेशक/ ( Level 17 (Director)	I	4250/-+Taxes
स्तर ) 14एसएस-VII)/ Level 14 (SS-VII)	II	2700/- + Taxes
स्तर 13,13A,14 एवं व.प्र. (SS-VI,V,IV & SM)	III	2250/- +Taxes

क्या ब्रॉडबैंड सुविधा उपलब्ध है (लागू नहीं होने वाले को हटा दें)

WHETHER BROADBAND FACILITY AVAILABLE (DELETE THE UNAPPLICABLE ONE)

**दावे का विवरण/Details of Claim**

मोबाइल लैंडलाइन/ /Mobile/Landline	नंबर/Number	बिलिंग अवधि /Billing period		बिल की राशि /Billed Amount
		से/From	तक/To	राशि/ Amount(')

कुल रकम/Total amount

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सही है और भुगतान नकद/चेक/क्रेडिट कार्ड द्वारा किया गया है/बिल की प्रतियां संलग्न हैं। मैं आगे प्रमाणित करता हूँ कि डिवाइस मेरे नाम पर है और मैंने किसी अन्य स्रोत से उपरोक्त प्रतिपूर्ति का दावा नहीं किया है।/Certified that the above information are true to the best of my knowledge and the payment(s) has/have been made by cash/cheque/credit card copy/copies of bill is/are enclosed. I further certify that the device is on my name and I have not claimed the above reimbursement from any other sources.

दावेदार के हस्ताक्षर/ Signature of the claimant

**कार्यालय उपयोगार्थ/For Office use:-**

- 1 उपरोक्त श्रेणी के लिए अधिकतम पात्रता/Maximum entitlement for the above category
- 2 ब्रॉड बैंड की अनुपलब्धता के लिए कम की जाने वाली राशि (₹ 400/-)/ Amount to be reduced for non-availability of Broad Band(₹ 400/-)
- 3 पात्र शुद्ध राशि (2-1) Net amount eligible (1-2)
- 4 उपरोक्त पर स्वीकार्य सेवा कर@18%/Service Tax admissible on the above@18%
- 5 प्रतिपूर्ति के लिए पात्र कुल राशि (3+4)/Total amount eligible for reimbursement (3+4)
- 6 वास्तविक बिल राशि/Actual billed amount
- 7 प्रतिपूर्ति के लिए पारित राशि (5 या 6 जो भी कम हो)/ Amount passed for reimbursement (5 or 6 whichever is less)

अधिकृत हस्ताक्षर/ Authorized Signature