

अनुसूची — १९
[नियम ५२ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित]

तहवृद्धि आवेदन फाराम

गण्डकी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
पोखरा, कास्की, नेपाल ।

१. सूचनाको विवरणः

तहवृद्धिको सूचना नम्बर:-	तहवृद्धि हुने तह:-
सेवा:-	समूह:-
उपसमूह:-	पद:-

२. उम्मेदवारको विवरणः

उम्मेदवारको नाम,थर (नेपालीमा):-	
उम्मेदवारको नाम,थर (अंग्रेजीमा):-	
ठेगाना:-	बहाल रहेको कार्यालय:-
बाबुको नामथर:-	पद/तह:-
आमाको नामथर:-	सेवा:-
बाजेको नामथर:-	समूह/उपसमूह:-
पति/पत्नीको नामथर:-	कर्मचारी संकेत नम्बर:-
नागरिकता नम्बर/जिल्ला:-	पान नम्बर:-
मोबाइल नम्बर:-	ईमेल ठेगाना:-

३. सेवाको विवरण (शुरुदेखि हालसम्मको)

क्र. स.	पदको नाम, श्रेणी/तह, सेवा, समूह, उपसमूह	कार्यालयको नाम	नियुक्ति वा बढुवाको मिति	बहाल रहेको मिति		असाधारण बिदा वसेको भए सो को अवधि		(खुल्ला/ बढुवा)	कै.
				देखि	सम्म	देखि	सम्म		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०

४. हालको तहमा वा समायोजन हुनु भन्दा पहिलाको समान तहको पदमा तहवृद्धिको लागि आवेदन दिन पाउने अन्तिम मितिमा पुग्ने सेवा अवधि:-वर्ष,.....महिना,..... दिन।

५. गण्डकी प्रदेश निजामती सेवा ऐन, २०७९ को दफा ३३ अनुसार तहवृद्धिको लागि योग्य भएको/ नभएको अवस्था:- (उपयुक्त बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्)

क) तपाईं हाल निलम्बनको अवधिमा रहनुभएको छ ☐/छैन ☐।

ख) तपाईंले नसिहत पाउनुभएको भए तीन महिना बितेको छ ☐/ छैन ☐।

ग) तपाईं हाल बढुवा रोक्का भएको अवधिमा हुनुहुन्छ? छ ☐/ छैन ☐।

घ) तपाईंको हाल तलबवृद्धि रोक्का भएको छ ☐/ छैन ☐।

ङ) नियमानुसार तपाईंले सेवा/समूह परिवर्तन गर्नुभएको भए तीन वर्ष पुगेको छ ☐/ छैन ☐।

च) पेशासँग सम्बन्धित व्यवसायी परिषद्ले हाल तपाईंलाई निलम्बन गरेको छ ☐/ छैन ☐।

६. माथि उल्लिखित विवरणमा कुनै कुरा झुठ्ठा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सहुँला/बुझाउँला भनी सहीछाप गर्ने:-

कर्मचारीको नाम, थर:-

संकेत नम्बर:-

पद/तह:-

दस्तखत:-

मिति:-

ल्याप्चे सहीछाप	
दायाँ	बायाँ

७. उपरोक्त व्यहोरा मन्त्रालय/कार्यालयमा रहेको निजको रेकर्ड अनुसारको हो र यसमा निजले मेरो रोहबरमा सहीछाप गरेको ठीक साँचो हो भनी प्रमाणित गर्ने कार्यालय/महाशाखा प्रमुखको:-

नाम, थर:-

संकेत नम्बर:-

दस्तखत:-

मिति:-

कार्यालय/मन्त्रालयको छाप

८. तहवृद्धिको निर्णय (मन्त्रालयको प्रयोजनको लागि मात्र)

(क) आवेदक कर्मचारीले समायोजन हुनु पूर्व र समायोजन पश्चात गरी हालको तहमा पूरा गरेको सेवा अवधि:-वर्ष,महिना,दिन।

(ख) आवेदक कर्मचारीको पछिल्लो पाँच वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त गरेको अंक र सोको औषत:-

(अ) आर्थिक वर्ष को अंक

(आ) आर्थिक वर्ष को अंक

(इ) आर्थिक वर्ष को अंक

(ई) आर्थिक वर्ष को अंक

(उ) आर्थिक वर्ष को अंक

(ग) उपरोक्त बमोजिम पाँच आर्थिक वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त औषत अंक ।

आवेदक कर्मचारीको गण्डकी प्रदेश निजामती सेवा ऐन, २०७९ को दफा २८ बमोजिमको तोकिएको न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको अंक प्राप्त गरेको देखिएकोले निजलाई हाल कार्यरत तहबाट समान सेवा, समूह, उपसमूहमा एकतह वृद्धि गर्ने निर्णय गरिएको छ।

निर्णय मिति:-

तहवृद्धिको निर्णय लागू हुने मिति:-

तहवृद्धि हुने तह:-

सेवा:-

समूह/उपसमूह:-

पद:-

.....
तहवृद्धिको सिफारिस गर्ने

(प्रशासन महाशाखा/शाखा प्रमुख)

नामथर:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

पद/श्रेणी/तह:-

.....
तहवृद्धिको निर्णय गर्ने

(मन्त्रालयको सचिव)

नामथर:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

(मन्त्रालयको छाप)

नोट:- यो फाराम वेबसाइटबाट डाउनलोड गरी निर्दिष्ट विवरण टाइप गरेर नेपाली कागजमा २ प्रति प्रिन्ट गर्नुपर्नेछ। दुवै प्रति आफू हाल कार्यरत कार्यालयको कार्यालय/महाशाखा प्रमुखबाट प्रमाणित गराई आफू कार्यरत कार्यालयको तालुक मन्त्रालयमा बुझाउनुपर्नेछ। तहवृद्धिको निर्णय भएपछि सम्बन्धित मन्त्रालयले एक प्रति आफ्नो मन्त्रालयमा राखी अर्को प्रति प्रदेश कितावखानमा अभिलेखको लागि पठाउनेछ।