

राजस्थान सरकार  
वित्त (राजस्व) विभाग

क्रमांक : प.4(8)वित्त/राजस्व/05 पार्ट

जयपुर, दिनांक : 24 NOV 2009

समस्त विभागाध्यक्ष,  
समस्त कोषाधिकारी,

परिपत्र

राजस्थान के सभी कर्मचारियों का मास्टर डेटा तथा उनके जीपीएफ, सीपीएफ, राज्य बीमा एवं नवीन पेंशन योजना के खाता/प्रॉलिसी संख्या एवं मनोनित का डेटाबेस विप्रो द्वारा डवलप किये जा रहे सॉफ्टवेयर में तैयार किया जा रहा है। उक्त कार्य को दिनांक 30.4.2010 तक पूर्ण किये जाने हेतु एक समयबद्ध कार्यक्रम निश्चित किया गया है।

उक्त समयबद्ध कार्यक्रम को दृष्टिगत रखते हुए यह निर्देशित किया जाता है, कि प्रत्येक कर्मचारी का आधारभूत विवरण राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग के जिला कार्यालयों को दिनांक 11.12.2009 तक निर्धारित प्रारूप में उपलब्ध कराये जाने की कार्यवाही सुनिश्चित करें। निर्धारित प्रारूप (प्रारूप संलग्न है) के अन्तर्गत वांछित सूचना उपलब्ध नहीं कराये जाने पर माह दिसम्बर, 2009 के वेतन बिलों पर कोषालय द्वारा आक्षेप लगाया जावेगा।

उक्त सॉफ्टवेयर में सभी डी.डी.ओ. को लॉगिन एवं पासवर्ड जारी किये जावेंगे, जिसका उपयोग करके डी.डी.ओ. प्रत्येक माह बीमा, प्रावधानी निधि एवं एनपीएस के कटौति-पत्रों को ऑन लाईन तैयार कर राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग को प्रस्तुत करेंगे एवं कर्मचारियों के ऋण, आहरण, अन्तिम भुगतान आदि के प्रार्थना-पत्र भी विभाग को ऑन-लाईन फारवर्ड करेंगे। उक्त लॉगिन-पासवर्ड क्रियेट करने के लिए डी.डी.ओ. के सरकारी ई-मेल एड्रेस की जानकारी विभाग को उपलब्ध कराना आवश्यक है। अतः सभी डी.डी.ओ. को निर्देश दिये जाते हैं, कि वे एनआईसी से अथवा डी.ओ.आई.टी. एण्ड सी. से अधिकृत ई-मेल एड्रेस क्रियेट करा कर विभाग के जिला कार्यालयों को शीघ्र उपलब्ध करायें।

सॉफ्टवेयर के सफल ऑपरेशन के लिए सभी डी.डी.ओ. के पास इन्टरनेट कनेक्टिविटी होना आवश्यक है। डी.ओ.आई.टी. एण्ड सी. के परिपत्र क्रमांक एफ.5(282)डीओआईटी/टेक/06/2269 दिनांक 18.12.2008 के द्वारा 256 के.बी.पी.एस. ब्रेण्डविथ का प्रत्येक कार्यालय में ब्राडबैंड कनेक्शन लेने की स्वीकृति प्रदान की गई है। अतः सभी डी.डी.ओ. से यह अपेक्षित है कि वे यथाशीघ्र ब्राडबैंड कनेक्शन प्राप्त करें।

विभाग के सभी जिला कार्यालयों के द्वारा सॉफ्टवेयर की जानकारी देने हेतु वर्कशॉप आयोजित की जा रही है। कृपया सुनिश्चित करें कि सभी डी.डी.ओ. इन वर्कशॉप में भाग लें।

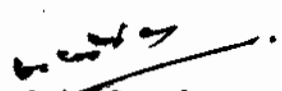
सभी विभागाध्यक्षों एवं कोषाधिकारियों को निर्देशित किया जाता है कि उक्त निर्देशों की पालना आवश्यक रूप से सुनिश्चित की जावे।

संलग्न : प्रारूप

( सी.के.मिथ्यू )  
प्रमुख शासन सचिव, वित्त

प्रतिलिपि निम्नांकित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है -

1. निजी सचिव, माननीय राज्य मंत्री, राज्य बीमा, राजस्थान-सरकार, सचिवालय, राज. जयपुर।
2. निजी सचिव, समस्त प्रमुख शासन सचिव/शासन सचिव/विशिष्ट शासन सचिव।
3. आयुक्त, राज्य बीमा एवं प्रा.नि.विभाग राज., जयपुर को उनके पत्रांक 1017 दिनांक 1.9.09 के क्रम में। कृपया समस्त आहरण एवं वितरण अधिकारियों को अपने स्तर पर उक्त परिपत्र की प्रति उपलब्ध करावें।
4. आयुक्त, सूचना, प्रौद्योगिकी एवं संचार विभाग, राजस्थान, जयपुर।
5. राज्य प्रमुख, एन.आई.सी.।
6. निदेशक, कोष एवं लेखा विभाग, राजस्थान, जयपुर।
7. ए.सी.पी. वित्त विभाग को वेब-साईट पर अपलोड करने हेतु।
8. रक्षित पत्रावली।

  
विशेषाधिकारी,  
विस्त (बीमा/पेंशन) विभाग

(All Field Entries in CAPITAL LETTERS)

EMPLOYEE NAME*	FATHER'S NAME*	GENDER*	PAN NO	DATE OF BIRTH*	PLACE OF BIRTH	BLOOD GROUP*	MARITAL STATUS*	DATE OF MARRIAGE	PERMANENT ADDRESS	CORRESPONDENCE ADDRESS	P F DETAIL				RELATION		Special Qualification	Others
											Policy No.	Member No.	Member No.	Member No.	Guardian name Address	Guardian name Address		
COUNTRY	STATE	DISTRICT	TERRITORY	POST OFFICE	RESIDENCE PHONE	MOBILE	EMAIL	FAX	NAME OF OFFICE	STATUS IN WHICH EMPLOYEE IS WORKING	EMPLOYMENT STATUS* (Please Tick Only)	Employer's (Please Tick)	Employee Status (Please Tick)	EMPLOYEE'S ADDRESS	RELATION (Please Tick)	Share (%)	Share (%)	
											Permanent/Part Permanent/Contract/Temporary	Permanent/Part Permanent/Contract/Temporary	in service/Not in service					
											Family Details							
											Name	Date of Birth	Gender	Married/Unmarried				
											Date of last Appointment / Joining*	Leaving Date to present office*	Contract Pay/Overseas Pay	Overseas Appointment*	Employee Status (Please Tick)			
											DOB Details							
											EMPLOYEE'S ADDRESS							
											BRANCH NO. OF H.O. / D.D.O							
											Bank Details							
											Branch Name							
											Account No.							
											Special Qualifications							
											On leaving Service	Subsequently Assigned	Departmental Test Passed	Special Qualification				

Employee Name & Sig.

1. This form should be filled up by the employee or his/her family members. If the employee is unable to fill it up, it should be filled up by his/her family members. The form should be filled up in duplicate and submitted to the concerned authority. The form should be filled up in capital letters only. The form should be filled up in English only. The form should be filled up in the provided language only. The form should be filled up in the provided language only. The form should be filled up in the provided language only.