हेमवती नन्दन बहुगुणा गढ़वाल विश्वविद्यालय
Hemvati Nandan Bahuguna Garhwal University
श्रीनगर गढ़वाल (उत्तराखण्ड)–246174
Srinagar Garhwal (Uttarakhand) - 246174
(केन्द्रीय विश्वविद्यालय)
(A Central University)

पत्रांक : ग०वि०वि० / प्रशासन / 2026 / 745 दिनांक : 13 / 11 / 2026

कार्यालय ज्ञाप

भारत सरकार के कार्मिक, लोक शिकायत एवं पेंशन मंत्रालय, पेंशन एवं पेंशनभोगी कल्याण विभाग, नई दिल्ली के Office Memorandum No. 04/07/2020-P& PW (D) Dated 07 February, 2025 के क्रम में विश्वविद्यालय के एन०पी०एस० से आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिकों को वित्त अनुभाग की सहमति पर माननीय कुलपति महोदय के अनुमोदनोपरान्त उक्त Office Memorandum के निर्गत तिथि 07 फरवरी, 2025 से नियत चिकित्सा भत्ता (Fixed Medical Allowance) ₹1,000/- (एक हजार रूपये) प्रतिमाह स्वीकृत किया जाता है। उक्त भत्ता तिमाही आधार पर भुगतान किया जायेगा। सम्बन्धित एन०पी०एस० से आंच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिकों को संलग्न वचनपत्र (Undertaking) में प्रविष्ठियां अंकित कर देना होगा, तथा विश्वविद्यालय पेन्शन प्रकोष्ठ में प्रतिवर्ष माह नवम्बर में जीवित प्रमाण–पत्र प्रस्तुत करना होगा।

कुलसचिव

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :–

1. प्रभारी विश्वविद्यालय वेबसाइट को इस आशय से प्रेषित कि उक्त कार्यालय ज्ञाप विश्वविद्यालय वेबसाइट पर अपलोड हेतु।
2. वित्त अधिकारी।
3. निजी सचिव कुलसचिव।
4. निजी सचिव कुलपति, माननीय कुलपति महोदय के सादर सूचनार्थ।
5. पेंशन पकोष्ठ।
6. गार्ड फाइल।

कुलसचिव

UNDERTAKING TO UNIVERSITY FOR RECOVERY OF PAYMENT
(To be given by the Government Servant/Family member)

To
Finance Officer
HNB Garhwal University
Srinagar Garhwal

Subject: Payment of Fixed Medical Allowance (FMA) under A/c No.

Sir/Madam,
Pursuant to my request, you have agreed to pay my 'Fixed Medical Allowance' (FMA) by crediting it to my bank account on a monthly basis.

I hereby agree and undertake that in the event any amount is credited to my account to which I am not entitled, or which exceeds my actual entitlement, I shall return or reimburse such amount.

Furthermore, I, along with my heirs, successors, executors, and administrators, undertake to compensate the University for any loss incurred during the process of crediting the 'Fixed Medical Allowance' (FMA) to my account under this scheme, and to promptly repay such amount to the bank. Additionally, I authorize the Finance Officer to recover any such due amount from the aforementioned account or from any other account(s) or deposit(s) I may hold with the bank.

Yours faithfully

(Signature of Govt. Servant/Family member)
PRAN of Government employee : .....

Name: .....

Address: .....

Witnesses

(1) Signature

Name:-

Address:-

Date:

(2) Signature:

Name:

Address:

Date: