

6. क) नौकरी में आने की तिथि / Date of joining employment / Työsuhteen alkamispäivämäärä

 / /

(दिनDD / माह MM / वर्षYYYY
PP / KK / VVVV)

ख) नौकरी छोड़ने की तिथि / Date of leaving employment / Työsuhteen päättymispäivämäärä

 / /

(दिनDD / माह MM / वर्षYYYY
PP / KK / VVVV))

7. नौकरी छोड़ने का कारण / Reason for leaving employment / Työsuhteen päättymissyynä

.....

8. पत्र व्यवहार का पता / Address for communication / Osoite

.....

.....

..... डाक कोड / POSTAL CODE / POSTINUMERO:

.....

9. बचत बैंक खाते के ब्यौरे / Details of Savings Bank Account / Pankkitilitiedot

(i) खाता संख्या / Account Number / Tilinumero:

.....

(ii) बैंक का नाम / Name of the Bank / Pankin nimi:

.....

(iii) पूरा डाक पता / Full Postal Address / Postiosoite:

.....

.....

(iv) स्विफ्ट कोड / SWIFT Code / SWIFT-koodi:

.....

10. क्या आप स्वीकार करने के इच्छुक हैं / करना चाहते हैं (कृपया एक विकल्प पर निशान लगाएं)

Are you willing to accept (Please tick one option)

Valitsetteko (Valitkaa toinen vaihtoehtoista)

(i) एकत्रीकरण के उद्देश्य से योजना प्रमाण-पत्र

Scheme Certificate for the purpose of totalisation

Vakuutustodistuksen, jonka perusteella voitte myöhemmin hakea EPS-eläkettä

अथवा / OR / VAI

(ii) प्रत्याहरण लाभ / Withdrawal benefit / Vakuutusmaksujen palauttamisen (EPS)

11. परिवार के ब्यौरे (पति/पत्नी तथा बच्चे और नामिति) Particulars of Family (Spouse & Children & Nominee)
Perheen tiedot (Puoliso & lapset & nimetty edunsaaja)

नाम Name Nimi	जन्म तिथि Date of Birth Syntymäaika	सदस्य के साथ संबंध Relationship With Member Suhde vakuutettuun	अवयस्क के संरक्षक का नाम Name of guardian of minor Alaikäisen huoltajan nimi
---------------------	---	--	--

(i) परिवार के सदस्य
Family Members
Perheenjäsenet

(ii) नामिति
Nominee
Nimetty edunsaaja

12. दावा किए बिना 58 वर्ष की आयु पूर्ण करने के पश्चात् सदस्य की मृत्यु होने की दशा में
In case of death of member after attaining the age of 58 years without filing the claim
Täytetään, jos vakuutettu oli kuollessaan täyttänyt 58 vuotta eikä ollut hakenut eläkettä

(i) सदस्य की मृत्यु की तारीख/Date of death of the member / Vakuutetun kuolinpäivä

(ii) दावाकर्त्ताओं के नाम / और सदस्य के साथ संबंध
Name of the Claimant(s)/and relationship with the member
Hakijan nimi ja sukulaisuussuhde vakuutettuun

13. क्या आप कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अंतर्गत पेंशन प्राप्त कर रहे हैं ?
Are you availing pension under EPS, 1995?
Saatteko jo EPS 1995:n mukaista eläkettä?

यदि ऐसा है तो बताएं : पेंशन आदेश सं०. _____ किसके द्वारा जारी _____
If so indicate: Pension Payment Order No. _____ By Whom Issued _____
Eläkkeen maksumääräysnumero _____ Maksumääräyksen antaja _____

14. मैं घोषित करता/करती हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही हैं तथा मैं एकत्रीकरण के बाद भी मासिक पेंशन के लिए पात्र नहीं हूँ ।

I declare that the above particulars are true to the best of my knowledge, and that I am not eligible for monthly pension even after totalisation.

Vakuutan yllä antamani tiedot parhaan tietämykseni mukaan oikeiksi ja että en ole oikeutettu EPS-eläkkeeseen vakuutuskausien rinnastamisen jälkeen.

स्थान / Place / Paikka:

दिनांक / Date/ Päiväys :

दावाकर्त्ता के हस्ताक्षर / Signature of the Claimant / Hakijan allekirjoitus

15. फिनिश संपर्क निकाय द्वारा भरा जाये / To be filled in by the Finnish Liaison Body / Suomen yhteyselin täyttää

नाम / Name / Nimi:

.....
.....

पता / Address / Osoite:

.....
.....

एतद्वारा प्रमाणित किया जाता है कि दावाकर्त्ता से संबंधित व्यक्तिगत सूचना सही है तथा दावा दिनांक को जमा किया गया था ।

It is hereby certified that the personal information concerning the claimant is correct and that the claim was submitted on:

Vakuutamme, että hakijan henkilötiedot on tarkistettu ja että hakemus on vastaanotettu:

/ /

(दिनDD PP/ माहMM KK / वर्षYYYY VVVV)

फाइल संख्या / File No. / Asianumero

.....

दिनांक / Date / Päiväys

.....

मोहर / Stamp / Leima

हस्ताक्षर / Signature / Allekirjoitus