

गण्डकी प्रदेश सरकार
..... मन्त्रालय
पोखरा

तहवृद्धि (प्रदेश स्वास्थ्य सेवा तर्फ) आवेदन फाराम

(न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको आधारमा हुने तहवृद्धिको लागि)

१. सूचनाको विवरणः

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

२. उम्मेदवारको विवरणः

उम्मेदवारको नाम,थर (देवनागरीमा):-	उम्मेदवारको हालसालै खिचेको फोटो टाँसी कार्यालय/महाशाखा प्रमुखबाट प्रमाणित गर्नुपर्ने।
उम्मेदवारको नाम,थर (अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा):-	
ठेगाना:-	वहाल रहेको कार्यालय:-
बाबुको नाम:-	हालको सेवा:-
आमाको नाम:-	समूह/उपसमूह:-.....
बाजेको नाम:-	पद:-
नागरिकता नम्बर:-	कर्मचारी संकेत नम्बर:-
जारी 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		कसरी आएको (खुल्ला/ बढुवा/ समायोजन/अस्थायी)	कैफियत
				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 अध्यादेश, २०७९ को दफा ३२ अनुसार तहवृद्धिको लागि योग्य भएको/ नभएको अवस्था:- (उपयुक्त वक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्)

क) तपाईं हाल निलम्बनको अवधिमा रहनुभएको छ /छैन ।

ख) तपाईंले नसिहत पाउनुभएको भए तीन महिना वितेको 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 झुट्टा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सहुँला/बुझाउँला भनी सहीछाप गर्ने:-

कर्मचारीको नाम,थर:-

संकेत नम्बर:-

पद:-

सही र 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 दुई वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त गरेको अंक र सोको औषत:-

(अ) आर्थिक वर्ष २०७८/७९ को अंक.....

(आ) आर्थिक वर्ष २०७७/७८ को अंक.....

(ग) उपरोक्त बमोजिम दुई आर्थिक वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त औषत अंक..... र सोको स्तर.....।

आवेदक कर्मचारीको गण्डकी प्रदेश निजामती सेवा अध्यादेश, २०७९ को दफा २७ को उपदफा (१) बमोजिमको तोकिएको न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको स्तर प्राप्त गरेको देखिएकोले निजलाई हाल कार्यरत तहबाट समान सेवा, समूह, उपसमूह र पदमा एकतह वृद्धि गर्ने निर्णय गरिएको छ।

निर्णय मिति:-

तहवृद्धि हुने तह:-

समूह/उपसमूह:-

तहवृद्धिको निर्णय लागू हुने मिति:-

सेवा:-

पद:-

.....
तहवृद्धिको सिफारिस गर्ने

(मन्त्रालयको प्रशासन महाशाखा प्रमुख)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

श्रेणी/तह:-

.....
तहवृद्धिको निर्णय गर्ने

(मन्त्रालयको सचिव)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

(मन्त्रालयको छाप)

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