

.....गाउँ/नगरपालिका
गाउँ/नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

.....
गण्डकी प्रदेश

तहवृद्धि (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:-
उपसमूह:-	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 विदा वसेको भए सो को अवधि		कसरी आएको (खुल्ला/ बढुवा/समायोजन अस्थायी)	स्थायी नियुक्ति गर्ने निकाय	कैफियत
				देखि	सम्म	देखि	सम्म			
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११

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. स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) 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 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 झुट्टा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सहूला/ बुझाउँला भनी सहीछाप गर्ने:-

कर्मचारीको नाम:-

संकेत नम्बर:-

पद:-

सही र मिति:-

ल्याप्चे सहीछाप	
दायाँ	बायाँ

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

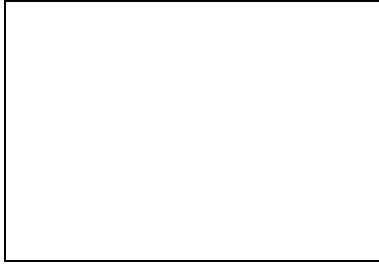
नाम:-

संकेत नम्बर:-

दस्तखत:-

मिति:-

कार्यालयको छाप



द. तहवृद्धिको निर्णय (कार्यालय 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 सो को औषत:-

(अ) आर्थिक वर्ष २०७८/७९ को अंक

(आ) आर्थिक वर्ष २०७७/७८ को अंक

(इ) औषत अंक

(ग) उपरोक्त बमोजिम दुई आर्थिक वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त अंकको स्तर..... । आवेदक कर्मचारीको स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) अध्यादेश, २०७९ को दफा २८ को उपदफा (२) बमोजिमको तोकिएको न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनमा कम्तिमा उत्तम अंक 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

(स्थानीय तहको प्रशासन महाशाखा प्रमुख)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

श्रेणी/तह:-

.....
तहवृद्धिको निर्णय गर्ने

(स्थानीय तहको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

(स्थानीय तहको छाप)