



कार्यालय रक्षा लेखा प्रधान नियंत्रक (द.प.क.), जयपुर-12  
Principal Controller of Defence Accounts (SWC)  
Khatipura Road, Jaipur

Tel No.: 0141-2388451, 2388458, Fax No. 0141-2388463 Email: pcdaswc.cgda@nic.in



महत्त्वपूर्ण परिपत्र

दिनांक: 25.07.2019

सं. प्रशा/1/101

सेवा में,

सभी अनुभाग मुख्य कार्यालय  
सभी उप-कार्यालय  
IFA (SWC), जयपुर & IFA 10 Corps भटिडा

विषय: **वार्षिक वालेंटियर (Volunteer) लिस्ट का प्रेषण : वर्ष 2019-20।**

वर्ष 2019-20 के लिए वार्षिक वालेंटियर लिस्ट 31 अगस्त, 2019 तक मुख्यालय कार्यालय को भेजी जानी है। जो भी कर्मचारी/अधिकारी (Upto SAO level) अपना नाम अन्य संगठन के अधीन किसी स्टेशन पर स्थानांतरण हेतु भेजने के इच्छुक हैं, वे संलग्न प्रारूप-‘अ’ (Annexure ‘A-1’) पर अपना आवेदन प्रेषित करें। प्रारूप ‘अ’ में सभी कालम पूर्ण एवं स्पष्ट रूप से भरे होने चाहिये। अपूर्ण एवं अस्पष्ट रूप से भरे हुए प्रारूपों को मुख्यालय कार्यालय प्रेषित नहीं किया जायेगा।

2. मेडिकल के आधार पर स्थानांतरण के इच्छुक अधिकारी/कर्मचारी प्रार्थना-पत्र के साथ सक्षम मेडिकल प्राधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र (जिसमें बीमारी का नाम, उसकी गंभीरता, बीमारी कब से है एवं वर्तमान स्थिति क्या है, स्पष्ट किया गया हो) ही आवश्यक रूप से भेजें न कि डॉक्टर द्वारा जारी prescription slip एवं जाँच रिपोर्ट।
3. उपरोक्त के अतिरिक्त अन्य आधार पर स्थानांतरण चाहने वाले कार्मिक अपने आवेदन के साथ संबंधित दस्तावेज भी आवश्यक रूप से संलग्न करें।
4. स्थानांतरण के लिए नाम भेजते समय इस बात का ध्यान रखा जाये कि वर्तमान स्टेशन पर पुरुष कर्मचारी कम से कम तीन वर्ष एवं महिला कर्मचारी कम से कम दो वर्ष का सेवकाल पूरा कर चुके हों।
5. सभी प्रभारी अधिकारी कृपया सुनिश्चित करें कि उपरोक्त रिपोर्ट के अतिरिक्त अलग से किसी अधिकारी एवं कर्मचारी के स्थानांतरण के हेतु आवेदन/प्रार्थना न भेजी जाये।

इस परिपत्र में दी गई जानकारी सभी कार्यालयों/अनुभागों में समस्त कर्मचारियों तथा अधिकारियों को नोट करवा दी जाये एवं वांछित रिपोर्ट दिनांक 10.08.2019 तक आवश्यक रूप से भेजना सुनिश्चित करें। दिनांक 10.08.2019 के बाद प्राप्त होने वाली प्रार्थनाओं पर विचार नहीं किया जाएगा।

कृपया शून्य रिपोर्ट भी अवश्य भेजें।

(डॉ. बी. के. वर्मा)  
उप-नियंत्रक (प्रशा)

**VOLUNTEER APPLICATION**  
(Original copy to be forwarded to HQrs.)

1	<b>ACCOUNT NO</b>					
2	<b>GENDER</b> (Male / Female)					
3	<b>NAME</b>					
4	<b>CATEGORY</b> (GENERAL/OBC/SC/ST/PH)					
5	<b>GRADE</b> (AAO/SO(A)/SAS(App)/SUPERVISOR(A/c)/Sr.AUDITOR/ AUDITOR/CLERK/PS/STENO/HT/JHT/DEO/LIBRARIAN/MTS/DRIVER)					
6	<b>DATE OF BIRTH</b> (dd/mm/yyyy)					
7	<b>DATE OF APPOINTMENT</b> (in DAD) (dd/mm/yyyy)					
8	<b>DATE OF PROMOTION</b> (dd/mm/yyyy) (As Group 'C' in r/o staff & as SO(A) in r/o Officers)					
9	<b>ROSTER No.</b> (Mandatory in case of AAO)					
10	<b>Whether appearing in ensuing SAS Part-II</b> (in case of Sr. Auds/Auditors/Clerks/Stenos/DEOs)					
11	<b>HOME TOWN</b> (Specific District as per Service Record & not Village or State) If DAD office not available at Home town, nearest Station to Home town where DAD office is situated					
12	<b>SERVICE PROFILE (in DAD)</b>					
	Name of Office	Organisation	Whether Sensitive Assignment (Yes/No)	Station	From Date (dd/mm/yy yy)	To Date (dd/mm/yy yy)
13	<b>CHOICE STATION</b> (Station (NOT Office) where DAD offices are located and BHUTAN/PORTBLAIR may not be opted as a separate panel exists for these stations)		First Preference			
Second Preference						
Third preference						

14	Whether EDP trained (Yes/No) (If yes, specify project)			
15	<b>APAR GRADING</b> (Upto two decimal places)			
16	<b>Brief Grounds for transfer:</b>	<p><i>Attach latest Medical Certificate (NOT MEDICAL PRESCRIPTION &amp; TEST REPORTS) in respect of medical cases and Service certificate showing Station &amp; Department from the employer in case of spouse.</i></p>		
17	<b>UNDERTAKING</b> It is to undertake that the information furnished above are correct.			
18	Date: ___/___/20___	(SIGNATURE OF APPLICANT)		
<b>(ALL COLUMNS ARE MENDATORY AS PER APPLICABILITY)</b>				
(To be filled by the Controller's office)				
19	<b>GROUND FOR RECOMMENDATION</b> (Hard Tenure Completion, Age, Physically Challenged %, Medical Self, Medical Dependent, Serving Spouse - As per DoPT Guideline, Lady, Seeking Repatriation, Home Town, Stay Away)			
20	If Not recommended reason thereof	_____		
21	Whether any disciplinary case is pending against the individual.	_____		
22	Date: ___/___/20___	(SIGNATURE AND SEAL OF GO(AN))		