

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

अंसारी नगर, नई दिल्ली-29

(वित्त प्रभाग)

सं.1-2/लेखापरीक्षा/वाहन भत्ता/2020-21

दिनांक: 05 / 10 / 2020
07

परिपत्र

विषय: सातवें केन्द्रीय वेतन आयोग के अनुसार वाहन भत्ते के कार्यान्वयन संबंधी।

कृपया स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के दिनांक 09.04.2019 के कार्यालय ज्ञापन संख्या ए-45012/04/2017-सी.एच.एस.-V(पी.टी.) [एफ.टी.एस. संख्या 3164690] द्वारा यथा अधिसूचित सातवें केन्द्रीय वेतन आयोग के अनुसार वाहन भत्ते के विनियमन हेतु संलग्नक 'क' एवं 'ख' का अवलोकन करें।

संलग्नक-क वाहन भत्ते के विनियमन हेतु अप्रैल 2019 से सितंबर 2020 की अवधि के लिए है जिसे कृपया दिनांक 15.10.2020 तक जमा कर दिया जाए।

संलग्नक-ख को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के दिनांक 09.04.2019 के कार्यालय ज्ञापन संख्या ए-45012/04/2017-सी.एच.एस.-V(पी.टी.) [एफ.टी.एस. संख्या 3164690] द्वारा यथा अधिसूचित सातवें केन्द्रीय वेतन आयोग के अनुसार वाहन भत्ते के दावे के लिए मासिक आधार पर प्रस्तुत किया जाएगा।

इसे सक्षम प्राधिकारी का अनुमोदन प्राप्त है।



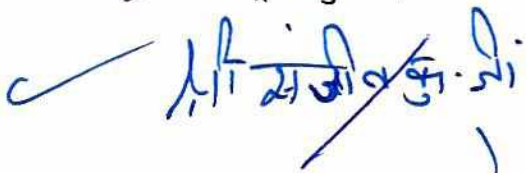
(जोगिन्द्र सिंह)

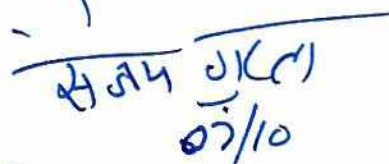
लेखा अधिकारी (लेखापरीक्षा)

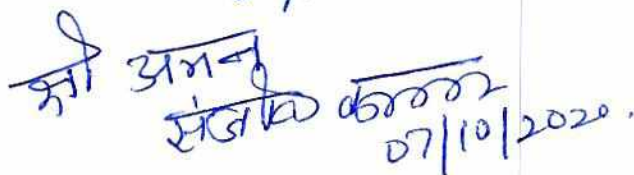
प्रतिलिपि:

1. केन्द्रों के प्रमुख, संकाय एवं स्टाफ की सूचना हेतु।

✓ 2. कंप्यूटर सुविधा, एम्स की वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।




07/10


07/10/2020

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (सी.एच.एस. प्रभाग) के दिनांक 09 अप्रैल 2019 के पत्र संख्या ए-45012/04/2017-सी.एच.एस.-V (पी.टी.) [एफ.टी.एस. संख्या 3164690] के अनुसार दिनांक 04 अप्रैल 2019 से सितंबर 2020 की अवधि के लिए वाहन भत्ते के विनियमन हेतु संकाय सदस्य/अधिकारीगण द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाला विवरण।

आवासीय पता	महीना एवं वर्ष	सामान्य ड्यूटी घंटे के अतिरिक्त दौरों की संख्या	एक महीने के दौरान की गई कुल किलोमीटर यात्रा	वाहन का प्रकार
	अप्रैल 2019			
	मई 2019			
	जून 2019			
	जुलाई 2019			
	अगस्त 2019			
	सितंबर 2019			
	अक्टूबर 2019			
	नवंबर 2019			
	दिसंबर 2019			
	जनवरी 2020			
	फरवरी 2020			
	मार्च 2020			
	अप्रैल 2020			
	मई 2020			
	जून 2020			
	जुलाई 2020			
	अगस्त 2020			
	सितंबर 2020			

अधिकारी के हस्ताक्षर.....

पूरा नाम.....

पदनाम.....

वेतन कोड संख्या.....

विभाग.....

वेतन कोड संख्या:

रजिस्टर संख्या:

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (सी.एच.एस.प्रभाग) के दिनांक 09 अप्रैल 2019 के पत्र संख्या ए-45012/04/2017-सी.एच.एस.-V(पी.टी.) [एफ.टी.एस. 3164690] तथा दिनांक 19 जुलाई 2017 के डी.ओ.ई. के कार्यालय ज्ञापन संख्या 1903903/2017-ई- IV के अनुसार वाहन भत्ता प्रदान हेतु संकाय सदस्य/अधिकारी द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाला प्रमाण-पत्र।

1. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा माह के दौरान अस्पताल के कार्य के संबंध में अपने सामान्य ड्यूटी घंटों के अतिरिक्त यात्राएं (यात्राओं की संख्या), (कुल..... किमी) एम्स अस्पताल के लिए की गई। मेरा आवासीय पता है, जो मेरे ड्यूटी के स्थान से किमी है।
2. प्रमाणित किया जाता है कि मैं नियमित रूप से अपनी मोटर कार/मोटर साइकिल/स्कूटर का रखरखाव कर रहा/रही हूं तथा यह कार्य करने की स्थिति में था और उपर्युक्त अवधि के दौरान उसका अस्पताल के दौरे के लिए उपयोग किया गया था। मेरे वाहन की पंजीकरण संख्या..... है।
3. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा जिस वाहन की देखरेख की जा रही थी वह खराब होने के कारण प्रयोग के लिए उपलब्ध नहीं था/और न ही एक समय में 15 दिनों से अधिक अवधि के लिए अस्पताल के दौरे हेतु प्रयोग किया गया था।
4. प्रमाणित किया जाता है कि मैं किसी भी कार/मोटर साइकिल/स्कूटर की देखरेख नहीं करता/करती हूं तथा अस्पताल आने के संबंध में मेरे द्वारा यातायात/वाहन के रूप में किराए पर जो व्यय किया गया है वह वाहन भत्ते के रूप में दावा की गई राशि की तुलना में कम नहीं था।
5. प्रमाणित किया जाता है कि मैं महीने के दौरान किसी भी प्रकार के दीर्घावकाश/छुट्टी अथवा अस्थायी स्थानांतरण, जिसके लिए वाहन भत्ते का दावा किया गया है, पर नहीं था/थी।
6. प्रमाणित किया जाता है कि मैं दिनांक से तक दीर्घावकाश/छुट्टी पर था/थी, जिसके लिए वाहन भत्ते का दावा नहीं किया गया है।
7. यह भी प्रमाणित किया जाता है कि मैंने आधिकारिक ड्यूटी पर यात्रा हेतु माइलेज भत्ते के लिए कोई अन्य दैनिक भत्ता नहीं लिया है, चाहे वह दिल्ली की नगरपालिका सीमा के 8 किमी की परिधि के भीतर अथवा उससे बाहर हो।
8. यह भी प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा उक्त दौरों के लिए स्टाफ कार का प्रयोग नहीं किया गया है।

अधिकारी के हस्ताक्षर

पूरा नाम

पदनाम

वेतन कोड संख्या

विभाग

- कृपया जो लागू न हो, उसे काट दें।

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

Ansari Nagar, New-Delhi-29
(Finance Division)

No-1-2/Audit/Conveyance Allowance/2020-21

Dated 05.10.2020

CIRCULAR

Subject: - Implementation of Conveyance Allowance as per 7th Central Pay Commission-Reg.

Please find enclosed Annexures A & B for regulation of Conveyance Allowance as per 7th Central Pay Commission, as notified by the Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, Office Memorandum No.A-45012/04/2017-CHS-V (Pt) [FTS No. 3164690], Dated 09.04.2019.

Annexure-A is for regulation of Conveyance Allowance for the period w.e.f April-2019 to September 2020 which may please be submitted by 15.10.2020.

Annexure-B is to be submitted on monthly basis for claiming the Conveyance Allowance as per per 7th Central Pay Commission, as notified by the Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, Office Memorandum No.A-45012/04/2017-CHS-V (Pt) [FTS No. 3164690], Dated 09.04.2019.

This has the approval of Competent Authority.

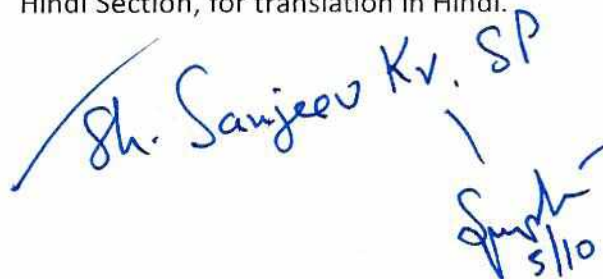
Hindi version will follow in due course.


(Joginder Singh)
Accounts Officer (Audit)

To

1. Chief of Centres, for circular among Faculty and Staff.
- ✓ 2. Computer Facility, for uploading on AIIMS website.
3. Hindi Section, for translation in Hindi.




Sh. Sanjeev K.V. SP
5/10

Annexure-B

Salary Code No.

Reg. No.

Certificate to be furnished by the Faculty/Officer for grant of Conveyance Allowance in terms of M/O Health & F.W. (CHS Division) Letter No. A-45012/04/2017-CHS-V (Pt.) (FTS No. 3164690), dated 9th April, 2019 and DoE's OM No. 1903903/2017-E-IV, dated 19th July, 2017.

1. Certified that I have made..... (numbers of visits), (Total..... KM) to the AllMS Hospital outside my normal duty hours in connection with the hospital work during the month of My Residential address is:-
..... which is K.M. from my place of duty.
2. Certified that I am regularly maintaining my own Motor Car/Motor Cycle/Scooter and it was in working condition and used for hospital visits during the above period. The Registration Number of my vehicle is.....
3. Certified that conveyance maintained by me was not available for use owing to its being out of order/was not used for hospital visits for a period of more the 15 days at a time.
4. Certified that I do not maintain any Car/Motor Cycle/Scooter and the expenditure incurred by me by way of transport/conveyance hire in connection with the hospital visits was not less than the amount claimed by me as conveyance allowance.
5. Certified that I was not on vacation/leave of any kind or on temporary transfer during the month for which conveyance allowance has been claimed.
6. Certified that I was on vacation/leave from..... to..... for which conveyance allowance has not been claimed.
7. It is also certified that I have not drawn any daily allowance for mileage allowance for journeys on official duty whether within or beyond a radius of 8 Kilometers within the municipal limit of Delhi.
8. It is also certified that I have not used the STAFF CAR for the said visits.

Signature of Officer_____

Full Name _____

Designation_____

Salary Code No._____

Department_____

*Please strike out whichever is not applicable.

Annexure-A

Details to be furnished by Faculty/Officer for regulation of Conveyance Allowance for the period w.e.f. 4th April 2019 to September 2020 in terms of M/O Health & F.W. (CHS Division) Letter No. A-45012/04/2017-CHS-V (Pt.) (FTS No. 3164690), dated 9th April 2019.

Residential Address	Month & Year	No. of outside normal hours	Visits the duty	Total Kilometer Travelled during the month	Mode of Conveyance
	April 2019				
	May 2019				
	June 2019				
	July 2019				
	Aug. 2019				
	Sep. 2019				
	Oct. 2019				
	Nov. 2019				
	Dec. 2019				
	Jan. 2020				
	Feb. 2020				
	March 2020				
	April 2020				
	May 2020				
	June 2020				
	July 2020				
	Aug. 2020				
	Sep. 2020				

Signature of Officer _____

Full Name _____

Designation _____

Salary Code No. _____

Department _____