

हरिनास गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
चित्रे भञ्ज्याङ्ग स्याङ्जा
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 नाम,थर(अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा):-.....	उम्मेदवारको हालसालै खिचेको फोटो टाँसी कार्यालय/महाशाखा प्रमुखबाट प्रमाणित गर्नुपर्ने।
ठेगाना:- बाबुको नाम:- आमाको नाम:- बाजेको नाम:- नागरिकता नम्बर:- जारी जिल्ला:- मोबाइल नम्बर:-.....	बहाल रहेको कार्यालय:- हालको सेवा:- समूह/उपसमूह:-..... पद:- कर्मचारी संकेत नम्बर:- पान 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			

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 झुठा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सहुँला/ 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

८. 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 २०८०/८१ को अंक

(आ) आर्थिक वर्ष २०७९/८० को अंक

(इ) आर्थिक वर्ष २०७८/७९ को अंक

(ई) आर्थिक वर्ष २०७७/७८ को अंक

(उ) आर्थिक वर्ष २०७६/७७ 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)

भरत खडका

कर्मचारी संकेत नम्बर:- २५०३७०

श्रेणी/तह:- सातौँ

.....
तहवृद्धिको निर्णय गर्ने

(स्थानीय तहको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत)

शिव कुमार पौडेल

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

(स्थानीय तहको छाप)

नोट:- यो फाराम वेबसाइटबाट डाउनलोड गरी निर्दिष्ट विवरण भरी सम्भव भएसम्म नेपाली कागजमा २ प्रति प्रिन्ट गर्नुपर्नेछ । दुबै प्रति आफू हाल कार्यरत कार्यालयको कार्यालय / शाखा प्रमुखबाट प्रमाणित गराई गाउँपालिकाको प्रशासन शाखामा बुझाउनुपर्नेछ । तहवृद्धिको निर्णय भएपछि सम्बन्धित कार्यालयले एक प्रति सम्बन्धित व्यक्तिलाई दिई, एक प्रति आफ्नो कार्यालयमा राखी अर्को प्रति सम्बन्धित कितावखानामा रेकर्डको लागि पठाउनेछ ।