

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

.....
गण्डकी प्रदेश

(तहवृद्धि आवेदन फाराम)

(न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको आधारमा हुने तहवृद्धि (स्वास्थ्य सेवा बाहेक) को लागि)

१. सूचनाको विवरण:

| | |
|--------------------------|--------------------|
| तहवृद्धिको सूचना नम्बर:- | तहवृद्धि हुने तह:- |
| सेवा:- | समूह:- |
| उपसमूह:- | पद:- |

२. उम्मेदवारको विवरण:

| | |
|--|---|
| 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 बसेको भए सोको 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 बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्)

क) तपाईं हाल निलम्बनको अवधिमा रहनुभएको छ / छैन ।

ख) तपाईंले नसिहत पाउनुभएको भए तीन महिना वितेको छ / छैन ।

ग) तपाईं हाल बहुवा 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 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 पाँच वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त गरेको अंक र सोको औषत:-

(अ) आर्थिक वर्ष २०७८/७९ को अंक

(आ) आर्थिक वर्ष २०७७/७८ को अंक

(इ) आर्थिक वर्ष २०७६/७७ को अंक

(ई) आर्थिक वर्ष २०७५/७६ को अंक

(उ) आर्थिक वर्ष २०७४/७५ को अंक

(ग) उपरोक्त बमोजिम पाँच आर्थिक वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त औषत अंक.....। आवेदक कर्मचारीको स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) अध्यादेश, २०७९ को दफा २८ को उपदफा (१) बमोजिमको तोकिएको न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको 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)