

**कृपया ध्यान दें:** यदि कोई अधिकारी प्रतिपूर्ति के लिए बिल की दूसरी प्रति (डुप्लीकेट बिल) प्रस्तुत कर रहा है/ कर रही हैं तो कृपया उस बिल को प्रमाणित करें कि "मूल बिल खो गया है तथा पहले उसकी प्रतिपूर्ति का दावा नहीं किया गया है। यदि मूल बिल मिल जाता है तो भविष्य में उसकी प्रतिपूर्ति हेतु कोई दावा नहीं किया जाएगा।"

**Please Note:** If an officer is producing Duplicate bill(s) for reimbursement, kindly give a certificate that "Original bill has been lost and not claimed earlier, if original bill is found, will not be claimed in future."

I, Mr./ Ms/ Dr. \_\_\_\_\_ Designation \_\_\_\_\_ hereby submit the following bill (s) of my residential Telephone No. \_\_\_\_\_ for reimbursement. The details are given below:

मैं, श्री/ सुश्री/ डॉ. \_\_\_\_\_ पद \_\_\_\_\_ एतद्वारा अपने आवास पर लगे टेलीफोन नं. \_\_\_\_\_

के निम्नलिखित बिल प्रतिपूर्ति के लिए प्रस्तुत कर रहा हूँ/ कर रही हूँ। इसका विवरण निम्नप्रकार है:

क्र. सं. S. N.	श्रेणी/ पद Rank/Designation	(कृपया अपनी पात्रता पर टिक (✓) करें) (Please Tick (✓) your entitlement)	पात्रता Eligibility	टिक (✓) करें Tick
1.	Secy to Govt. of India and equivalent/ भारत सरकार में सचिव और समकक्ष स्तर		Rs 4200.00	
2.	Additional Secy to Govt. of India & equivalent/ भारत सरकार में अपर सचिव और समकक्ष स्तर		Rs 3000.00	
3.	Joint Secretary to Govt. of India & equivalent/ भारत सरकार में संयुक्त सचिव और समकक्ष स्तर		Rs 2700.00	
4.	Director/Dy Secy and equivalent to Govt. of India/ भारत सरकार में निदेशक/उप सचिव और समकक्ष		Rs 2250.00	
5.	Below the Rank of Dy Secy and equivalent to GOI (Restricted to 25% to sanctioned strength of Gr 'A' officers in Ministry/Department/Attached/Subordinate offices) भारत सरकार में उप सचिव और समकक्ष की श्रेणी से नीचे (मंत्रालय/ विभाग/ सम्बद्ध/ अधीनस्थ कार्यालयों में स्वीकृत ग्रुप 'अ' के अधिकारियों को 25% तक सीमित)		Rs 1200.00	

क्र. सं. S. N.	टेलीफोन नं. Telephone No.	कृपया माह के अनुसार कॉलम भरें Pl. fill the column monthwise	दावा राशि Amt of claim	टैक्स, यदि कोई Tax, if any	कुल दावा राशि (रु.) Total amt claimed	स्वीकार्य राशि (रु.) Admissible Amt (Rs.) (कार्या. के उपयोग हेतु)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

हस्ताक्षर/ Signature

निदेशक/ प्रशासन नियंत्रक कृपया वित्त वर्ष \_\_\_\_\_ में बजट शीर्ष पी 04 से कॉल तथा किराया प्रभारों के लिए रु. \_\_\_\_\_ (केवल \_\_\_\_\_ रुपए) की मंजूरी प्रदान करें।

अनुभाग अधिकारी (बिल)

निदेशक/ प्रशासन नियंत्रक

**Please note :** If Officer is producing duplicate bill/bills for reimbursement, kindly give certificate on duplicate bill that "Original bill lost and not claimed earlier, If original bill found, will not be claimed in future. "

I Shri/Shrimati/Dr.....Designation.....thereby submit the following telephone bill/bills of my residential telephone Nos.....and ..... for reimbursement. Details are given below:-

S.L.	Rank /Designation	Please do right tick the entitlement	Eligibility	tick
1.	Secretary to the Government of India and equivalent level		4200.00	
2.	Additional Secretary to the Government of India and equivalent level		3000.00	
3.	Joint Secretary to the Government of India and equivalent level		2700.00	
4.	Director/Deputy Secretary to the Government of India and equivalent level		2250.00	
5	Below the rank of Deputy Secretary and equivalent to the Government of India (Restricted to 25% of the sanctioned strength of Group 'A' Officers in a Ministry/Department/Attached/Subordinate office		1200.00	

S.N.	Telephone no	Please fill the Column (Month wise)	Claim Amount	Tax if any	Total claimed amount	ADMISSIBLE AMOUNT (FOR OFFICE USE) Rs.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
		TOTAL				

(SIGNATURE)

The Director/Controller of Administration, NISTADS may kindly sanction an amount of Rs..... Rupees .....thousand.....hundred..... only) towards call and rent charges under budget head P-04 for the year 20.....

S. O. Bill

Director/COA

