

## فرم اطلاعات مورد نیاز برای تأیید برقراری حقوق بازنشستگی و وظیفه و اصلاح و افزایش آن و تغییرات حقوق و مزایای دو سال آخر خدمت مشمول کسر کسور

فرم شماره یک

۱- نام دستگاه: کد دستگاه:	۲- محل خدمت: استان: شهرستان:	۳- شماره مستخدم:	۴- نام:	۵- نام خانوادگی:		۶- نام پدر:	۷- شماره کد ملی:
۸- شماره شناسنامه: شماره سریال شناسنامه:	۹- تاریخ تولد:	۱۰- محل صدور:	۱۱- جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	۱۲- مدرک و رشته تحصیلی:	۱۳- تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی:	۱۴- ایثارگر: <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> جانپاز <input type="checkbox"/> رزمنده <input type="checkbox"/> عضو بسیج <input type="checkbox"/>	۱۵- وضعیت استخدام: <input type="checkbox"/> استخدام کشوری <input type="checkbox"/> ثابت شهرداری <input type="checkbox"/> شرکت های دولتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۱۶- تاریخ استخدام رسمی:	۱۷- رسته:	۱۸- آخرین پست سازمانی:	۱۹- تعداد گروه تشویقی:	۲۰- آخرین گروه، مرتبه علمی (بازگرایه):		۲۱- مستند برقراری:	
۲۲- تاریخ بازنشستگی یا از کارافتادگی:	۲۳- تاریخ فوت:	۲۴- تاریخ برقراری حقوق و وظیفه:	۲۵- حقوق بازنشستگی و وظیفه یا از کارافتادگی:	۲۶- محل پرداخت حقوق: استان: شهرستان:		۲۷- مشخصات حساب بانکی و بانک محل پرداخت حقوق: شماره حساب: نام بانک: نام شعبه: کد شعبه:	
۲۸- آدرس ..... (کد پستی .....) - ۲۹ - شماره تلفن تماس.....							

### ۳۰- تغییرات حقوق و مزایای دو سال آخر خدمت مشمول کسر کسور بازنشستگی بر اساس احکام و اعمال ضریب سال برقراری

ردیف	از تاریخ	تا تاریخ	مدت (روز)	گروه / پایه علمی	مرتبه علمی یا پست سازمانی	حقوق مبنا	افزایش سنواتی	فوق العاده شغل	فوق العاده جذب	برجستگی	حق سرپرستی	تخصصی و تحقیقی	سختی کار	تفاوت تطبیق	سایر		فوق العاده ویژه	جمع
															۱	۲		

مسئولیت صحت موارد فوق کلاً بر عهده امضاء کنندگان ذیل می باشد.

۳۳- تأیید کنندگان:

۳۱- معدل حقوق و فوق العاده در دو سال آخر خدمت:	۳۲- حقوق بازنشستگی یا وظیفه:
۳۳- شماره دفتر اندیکاتور دستگاه: تاریخ صدور:	۳۴- نام و نام خانوادگی: امضاء:
۳۵- دفتر کل:	۳۶- نام و نام خانوادگی: امضاء:

۱- مدیر کل امور اداری/عناوین مشابه دستگاه اجرائی

۲- مدیر کل امور مالی/ذیحساب دستگاه اجرائی

## فرم سوابق و محاسبه مدت خدمت

فرم شماره ۲

نام دستگاه:		کد دستگاه:		نام:		نام خانوادگی:		شماره مستخدم:															
۳۶-عنوان خدمت (رسمی، غیررسمی، غیردولتی، ارفاقی)	از تاریخ	تا تاریخ	خدمت قابل قبول برای محاسبه			مدت خدمتی که در زمان اشتغال بابت آن کسور یا حق بیمه پرداخت شده است																	
			مدت			محل خدمت																	
			روز	ماه	سال	روز	ماه	سال	روز	ماه	سال												
			۱																				
			۲																				
			۳																				
						جمع خدمتی که از بابت آن کسور یا حق بیمه پرداخت شده است			خدمت قابل قبول برای محاسبه حقوق بازنشستگی و وظیفه (حداکثر ۳۰ سال مورد محاسبه قرار می‌گیرد)														
۳۷-خدمتهای تحت عنوان نیمه وقت، آماده به خدمت، غیبت موجه، ماموریت به دستگاههای غیر مشمول ...					۳۸-فواصل خدمت نظیر (مرخصی بدون حقوق، انفصال خدمت، غیبت و ...)																		
ردیف	عنوان محل خدمت / ماموریت	از تاریخ	تا تاریخ	مدت			ردیف	عنوان	از تاریخ	تا تاریخ	مدت												
				روز	ماه	سال					روز	ماه	سال										
				۱																			
				۲																			
				۳																			
۴																							
۳۹-وضعیت پرداخت کسور خدمت دولتی غیر رسمی (قراردادی، روزمزدی، سربازی و ...)																							
ردیف	عنوان خدمت	از تاریخ	تا تاریخ	روز	ماه	سال	مدت به روز	مبنای محاسبه کسور	مبلغ بدهی	شماره و تاریخ مدارک واریز کسور	تاریخ واریز	ملاحظات											
													۱										
													۲										
													۳										
													۴										
جمع کل											جمع بدهیها												

مسئولیت صحت موارد فوق کلاً بر عهده امضاء کنندگان ذیل می‌باشد.

تائید کنندگان :

۱- مدیر کل امور اداری/عناوین مشابه دستگاه اجرائی      نام و نام خانوادگی :      امضاء:

۲- مدیر کل امور مالی/ذیحساب دستگاه اجرائی      نام و نام خانوادگی :      امضاء:



### مشخصات وراث قانونی مشمول دریافت حقوق وظیفه

فرم شماره ۳

نام دستگاہ:	شماره مستخدم:	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره کد ملی:	شماره دفتر کل:	تاریخ فوت:
کد دستگاہ:							

### اسامی وراث واجد شرایط

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	جنسیت	تاریخ فوت	مشخصات حساب بانکی و بانک پرداخت کننده				سهم حقوق وظیفه
										شماره حساب	نام بانک	نام شعبه	کد شعبه بانک	
۱														
۲														
۳														
۴														
۵														
۶														
۷														
۸														
۹														
۱۰														
۱۱														

مسئولیت صحت موارد فوق کلاً بر عهده امضاء کنندگان ذیل می باشد.

تأیید کنندگان:

۱- مدیر کل امور اداری/عناوین مشابه دستگاہ اجرائی

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

۲- مدیر کل امور مالی/ذیحساب دستگاہ اجرائی

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

شماره دفتر اندیکاتور دستگاہ:

تاریخ صدور: