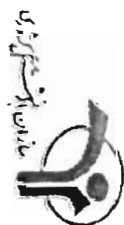


فرم سوابق و محاسبه مدت خدمت



نام دستگاه:	کد دستگاه:	نام:	نام خانوادگی:	شماره مستخدم:	شماره ۱
محل خدمت			مدت خدمت		
تاریخ	از تاریخ	مدت		خدمت قابل قبول برای محاسبه	
		روز	ماه	روز	سال
		سال	ماه	روز	سال
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
جمع خدمت گذاران به حساب محول (مادگن) ۳۰ سال مورد محاسبه قرار میگیرد				جمع خدمت گذاران به حساب کشور با تعمیمه برانگشده است	

۳۷- خدتهائی تحت عناوین تبعه وقت، آماده خدمت، نسبت، جهت و اموریات به دستگاههای غیر مشمول ...

ردیف	عنوان محل خدمت/اموریت	از تاریخ	تا تاریخ	مدت			تاریخ
				روز	ماه	سال	
۱				۱			
۲				۲			
۳				۲			
۴				۱			
جمع							۱۰

۳۹- وضعیت پرداخت کشور خدمت دولتی غیر رسمی (فرار داری، روز مزدی، سوراژی و ...)

ردیف	عنوان خدمت	از تاریخ	تا تاریخ	روز	ماه	سال	مدت به روز	مبنای محاسبه کشور	مبلغ بدهی	شماره و تاریخ مدارک واریز کشور	تاریخ واریز	ملاحظات	
												جمع کل	جمع بدیها
۱													
۲													
۳													
۴													
جمع کل													

مستندات جهت موارد فوقی کالا بر همه امضاء کنندگان ذیل میباشد.

تایید کنندهگان:

۱- مدیر کل امور رازاری معاونین مشابه دستگاه اجرایی نام و نام خانوادگی امضاء ۲- مدیر کل امور مالی لابحساب دستگاه اجرایی نام و نام خانوادگی امضاء

فرم مشخصات مربوط به وضعیت تاهل و اولاد افراد تحت تکفل

جهت برخورداری از مزایای ماده ۹ قانون نظام هماهنگی پرداخت کارکنان دولت مصوب ۷۰/۶/۱۴

مجلس شورای اسلامی

نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	شماره شناسنامه :
محل صدور :	تاریخ تولد :	مدرک تحصیلی :	رشته تحصیلی :
سمت :	محل کار :		
آدرس کامل محل سکونت :		شماره تلفن :	
کد پستی :	کد ملی :	شماره همراه :	
وضعیت مسکن شخصی :		استیجاری :	

مشخصات همسر

نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	تاریخ ازدواج	وضعیت شغلی	کد ملی

مشخصات فرزندان

نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	جنس	وضعیت شغلی یا تحصیلی	کد ملی

تذکر ۱- ارائه فتوکپی شناسنامه مستخدم ضمیمه این فرم الزامی است - کمک هزینه عائله مندی به کلیه کارکنان مرد اعم از شاغل، بازنشسته، ووظیفه بگیر که دارای همسر دائم میباشند عاقد ۷۰٪ حداقل حقوق عیناء جدول در سال به مبلغ ریال ۳- کمک هزینه اولاد به کلیه کارکنان مرد شاغل، بازنشسته و مسنبری بگیر که دارای فرزند تا سن ۲۰ سال هستند به ازای هر فرزند (حداکثر تا سه فرزند) ماهیانه معادل ۱۴٪ حداقل حقوق عیناء جدول در سال به مبلغ ریال و حداکثر ریال ضمناً حداکثر سن برای اولاد که ادامه تحصیل می دهند (با ارائه گواهی لازم) ۲۵ سال تمام برای اولاد ذکور و تا زمان ازدواج برای اولاد اناسن، ضمناً متحد و علمبرم میگردم در صورتیکه تغییراتی در وضعیت تاهل و اولاد اینجانب به وجود آید که موجب قطع و یا برقراری کمک هزینه عائله مندی و کمک هزینه اولاد نشود و همچنین آدرس و تلفن را در اسرع وقت مراتب را کتبا جهت اقدام به امور نیروی انسانی اعلام، در غیر اینصورت، مراتب قانونی آن متوجه خودم خواهد بود.

ضمناً در صورت عدم تکمیل موارد فوق از صدور احکام خودداری خواهد شد.

مدیریت امور نیروی انسانی

ناریح عظیم و تکمیل فرم :

محل امضاء:

عهر و امضاء:

عظیم کننده :



تاریخ فوت:	شماره دفتر کل:	شماره کدملی:	نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:	شماره مستخدم:	نام دستگاه:
محل صدور:	شماره شناسنامه:	شماره ملی:	نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:	شماره مستخدم:	نام دستگاه:

اسامی وراثت واجد شرایط

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

شماره دفتر انبیکاتور دستگاه: _____
 تاریخ صدور: _____

مسئولیت صحت موارد فوقی بر عهده امضاء کنندگان ذیل می باشد.
 قایم کنندگان:

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

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

برگ مشخصات بازنشستگی جانبازان و معلولین عادی و از کار افتادگی جانبازان
موضوع مصوب ۶۱/۱۱/۲۵ و ۶۷/۹/۱ مجلس شورای اسلامی

فرم - ۱۲۳ (۱۱-۷۲) سازمان امور اداری و استخدامی کشور

۱- وزارت / مؤسسه	
۲- نام: خانم / آقای	۳- نام خانوادگی:
۴- نام پدر:	۵- تاریخ تولد:
۶- وضعیت تاهل	متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>
۷- تعداد فرزند:	۸- آدرس محل سکونت فعلی:
۹- محل خدمت: دهستان	بخش: شهرستان: استان:
۱۰- عنوان بست سازمانی:	۱۱- جمع سنوات خدمت: روز ماه سال
۱۱- مجموع حقوق و فوق العاده شغل:	
۱۲- جانباز <input type="checkbox"/>	نوع درخواست: <input type="checkbox"/> از کار افتادگی: <input type="checkbox"/> بازنشستگی: <input type="checkbox"/>
۱۳- معلول <input type="checkbox"/>	نوع معلولیت: <input type="checkbox"/> عادی: <input type="checkbox"/> ناشی از کار: <input type="checkbox"/>
۱۴- متن نظریه کمیسیون پزشکی:	
بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی <input type="checkbox"/> مستقر در سازمان بهزیستی کشور <input type="checkbox"/>	

۱۶- نظریه دستگاه مربوطه در مورد از کار افتادگی و بازنشستگی جانباز

تاریخ / /

۱۷- نام و نام خانوادگی رئیس اداره کارگزینی یا مسئول امور اداری :

امضاء

تاریخ / /

۱۸- نام و نام خانوادگی کارشناس بررسی کننده دبیرخانه شورا

امضاء

۱۹- نتیجه تصمیم شورای امور اداری و استخدام کشور :

مورد تصویب قرار گرفت

مورد تصویب قرار نگرفت

۲۰- تاریخ جلسه شورای امور اداری و استخدامی کشور

۲۱- امضاء عضو شورا

محاسبه بدهی کسور باز نشستگی خدمات غیر رسمی شاغلین

وزارت مؤسسه		۲- شماره مستخدم :		۳- نام خانوادگی :	
۴- نام ::		۵- نام پدر ::		۶- شماره شناسنامه ::	
۷- محل صدور ::		۸- تاریخ تولد:		۹- گذرشته تحصیلی:	
۱۰- وضعیت استخدامی مستخدم:		۱۱ :: مشخصات اولین حکم استخدام رسمی ::		۱۰- وضعیت استخدامی مستخدم:	
نمبره حکم::		تاریخ صدور حکم ::		تاریخ اجرا ::	
ریال		میزان حقوق		پایه	
۱۲- مشخصات مدت خدمت غیر رسمی قابل احتساب					
نوع خدمت قابل احتساب		شماره و تاریخ حکم یا گواهی محاسبی قابل قبول		مدت خدمت غیر رسمی	
				سال	
				ماه	
				روز	
				تاریخ شروع	
				تاریخ خاتمه	
				جمع مدت خدمت غیر رسمی قابل احتساب	
۱۳ :: نام و نام خانوادگی مقام مسئول ::		۱۴ :: شماره و تاریخ صدور ::		۱۳ :: نام و نام خانوادگی مقام مسئول ::	
عنوان پست سازمانی :		امضا		شماره :	
تاریخ ::		تاریخ ::		تاریخ ::	
۱۵ :: محاسبه بدهی کسور باز نشستگی خدمت غیر رسمی واقساط مربوطه					
مبنای محاسبه بدهی		نوع کسور باز نشستگی		مبلغ بدهی (بحروف)	
				ریال	
				مبلغ بدهی (بعدد) ریال	
				تقدواقساط	
				ملاحظات	
				جمع مبلغ بدهی	
۱۶ :: رسیدگی و تأیید سازمان باز نشستگی کشوری					
مسئولین		نام و نام خانوادگی		عنوان پست ثابت سازمانی	
پروسی کننده				تاریخ	
بازبین				امضا	
تأیید کننده					

شماره و تاریخ صدور ::

برگ مشخصات مستخدمین ازکارافتاده

موضوع برقراری حقوق وظیفه طبق ماده ۷۹ - ۸۰ قانون استخدام کشوری

فرم ع ۱۲۱ (۱۱ - ۷۲) سازمان اموراداری و استخدامی کشور

۱- وزارت / مؤسسه			
۲- نام: خانم / آقای		۳- نام خانوادگی:	
۴- نام پدر:		۵- تاریخ تولد:	
۶- وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		۷- تعداد فرزندان:	
۸- نشانی محل سکونت فعلی:			
۹- محل خدمت: دهستان		بخش	
شهرستان		استان	
۱۰- عنوان پست سازمانی:		۱۱- جمع سنوات خدمت: روز ماه سال	
۱۲- مجموع حقوق و فوق العاده شغل:		۱۳- ماده مورد استناد:	
۱۴- نوع بیماری منجر به ازکارافتادگی:		۱۵- تاریخ شروع بیماری:	
۱۶- متن نظریه کمیسیون یا شورای پزشکی استان:			

۱۷- نظریه واحد محل خدمت در مورد ازکارافتادگی مستخدم

۱۸- وضعیت مرخصی استفاده شده در رابطه با بیماری منجر به ازکارافتادگی مستخدم

(استعلاجی: روز) (استحقاقی: روز) (بدون حقوق: روز)

۱۹- نام و نام خانوادگی رئیس اداره کارگزینی یا مسئول اموراداری تاریخ / /

امضاء

۲۰- نام و نام خانوادگی کارشناس بررسی کننده دبیرخانه شورا تاریخ / /

امضاء

۲۱- نتیجه تصمیم شورای اموراداری و استخدامی کشور

○ مورد تصویب قرار گرفت

○ مورد تصویب قرار نگرفت

۲۲- تاریخ جلسه شورای اموراداری و استخدامی کشور

۲۳- امضاء عضو شورا