



صندوق بازنشستگی کشوری

فرم اطلاعات مورد نیاز برای تایید برقراری حقوق بازنشستگی و وظیفه و اصلاح و افزایش آن و تغییرات حقوق و مزایای دوسال آخر خدمت مشمول کسر کسور فرم شماره یک

تاریخ ثبت نهایی در سیستم		شماره ملی		نام پدر		نام خانوادگی		نام		شماره مستخدم		محل خدمت:		دستگاه:			
وضعیت استخدامی		وضعیت ایثارگری		تاریخ اخذ آخرین مدرک تحصیلی		رشته تحصیلی		مدرک تحصیلی		جنسیت		محل صدور		تاریخ تولد			
استخدام کشوری														شماره شناسنامه			
مستند برقراری حقوق بازنشستگی یا وظیفه		تمایل به بیمه تکمیلی درمان		آخرین طبقه شغلی، گروه، مرتبه، (با ذکر پایه)		عنوان رتبه و طبقه شغلی		آخرین پست سازمانی		رسته		تاریخ استخدام رسمی / اشتراک با صندوق بازنشستگی کشوری		شماره سریال			
		دارد ندارد															
مشخصات بانکی و بانک محل پرداخت حقوق				محل پرداخت حقوق				تاریخ برقراری حقوق وظیفه				تاریخ فوت					
شماره حساب				بانک صادرات - شعبه													
تلفن :																	
آدرس																	
تغییرات حقوق و مزایای دوسال آخر خدمت مشمول کسر کسور بازنشستگی براساس احکام و اعمال ضریب سال بازنشستگی																	
ردیف	از تاریخ	تا تاریخ	مدت به روز	رتبه شغلی	پست	حقوق مبنا	سرپرستی	افزایش سنواتی	تفاوت تطبیق و حداقل دریافتی	فوق العاده شغل	فوق العاده جذب	برجستگی	سایر	سختی کار	تعدیل	فوق العاده ویژه	جمع
۱																	
۲																	
۳																	
۴																	
۵																	
۶																	
۷																	
۸																	
معدل حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر												مسئولیت صحت موارد فوق کاملاً برعهده امضاء کنندگان ذیل می باشد					
حقوق بازنشستگی یا وظیفه (فوت - از کار افتاده - پیش از موعد)												امضاء مدیر کل امور اداری / عناوین مشابه (بالاترین مقام) دستگاه اجرایی - نام و نام خانوادگی					
شماره اندیکاتور دستگاه:												امضاء مدیر کل امور مالی / ذیحساب دستگاه اجرایی - نام و نام خانوادگی					
تاریخ صدور:																	
شماره دفتر کل:																	