

**ALL INDIA INSTITUTES OF MEDICAL SCIENCE**  
**ANSARI NAGAR , NEW DELHI – 110029**  
CASH SECTION-I

NO. F-A/C-III/LRA/24-25

DATE:- 07/02/2025

SUB :- Payment of learning resource allowances for the financial year 2024-25 - regarding.

\*\*\*\*\*

As the Financial Year 2024-25 is on the verge of closure all Faculties & Group "A" Officers, entitled for reimbursement of Learning Resource Allowances (LRA) for the Financial Year 2024-25, are requested to submit their claims at the earliest i.e. **01/03/2025**, so that timely disposal of the same may be carried out.

It may please be ensured that claims are complete in all respects (along with original receipt) with respective Form (copy attached) as required under rules within stipulated date.



Financial Advisor

1. PS/PA to Hon'ble DIRECTOR/DDA/Sr.FA/FA
2. All Head of the Depts.
3. All Notice Boards.
4. **Officer-in-Charge, Computer Facility – with a request to Upload this on Official website of the Institute.**

**All India Institute of Medical Sciences, Ansari Nagar, New Delhi**  
**Purchase of Learning Resource Allowance (LRA) for the Year \_\_\_\_\_**  
 (To be filled in BLOCK LETTERS)

Employee's Details	
1.	Name
2.	Designation
3.	Department/Section
4.	Phone No./Mobile No./Extn.
5.	Salary & Employee code
6.	Bank Account No.
7.	PFMS NO./UNIQUE ID (WRITTEN ON PAYSリップ)
<b>Details of last/part reimbursement claimed, if any</b>	

<b>Details of the Items purchased Under LRA</b>			
Sr.No.	Date of Purchase	Details of Item purchased	Amount (Rs.)
	<b>TOTAL:</b>		

(Signature)  
 Name of official:.....  
 Designation:.....  
 Date:.....

**UNDERTAKING**

- I hereby undertake that:-
- (i) I have not claimed for reimbursement of expenditure incurred towards purchase of Learning Resource Allowance (LRA) in the current Financial Year i.e. \_\_\_\_\_ either in AIIMS, New Delhi or in any of the Centre of AIIMS New Delhi.
  - (ii) All facts for LRA claim are true and any false statement shall make me liable for appropriate action.

(Signature)  
 Name of official:.....  
 Designation:.....  
 Date:.....

Bill/bills in original may be self certified that "This item used for Academic/ Professional use only".

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान  
अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029  
रोकड़ अनुभाग-I

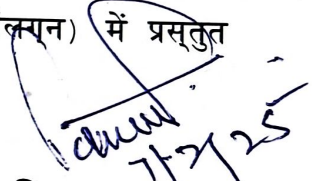
फा.सं.-लेखा-III/एलआरए/24-25  
01/02/2025

दिनांक:- 07/02/25

विषय:- वित्त वर्ष 2024-25 हेतु शिक्षण संसाधन भत्ते (एलआरए) के भुगतान संबंधी।

चूंकि वित्त वर्ष 2024-25 समाप्त होने वाला है, इसलिए वित्त वर्ष 2024-25 हेतु शिक्षण संसाधन भत्ते (एलआरए) की प्रतिपूर्ति के लिए पात्र सभी संकाय-सदस्यों एवं समूह 'क' अधिकारियों से अनुरोध किया जाता है कि वे अपने दावे यथाशीघ्र अर्थात् 01/03/2025 तक जमा करा दें, ताकि समय पर उनका निपटान किया जा सके।

कृपया यह सुनिश्चित कर लें कि दावे सभी प्रकार से पूर्ण हों (मूल रसीद के साथ) तथा निर्धारित तिथि के भीतर नियमों के अंतर्गत संबंधित फॉर्म (प्रतिलिपि संलग्न) में प्रस्तुत किए जाएं।

  
वित्त सलाहकार

1. माननीय निदेशक/अपर निदेशक (प्रशा.)/वरि. वित्त सलाहकार/वित्त सलाहकार के निजी सचिव/वैयक्तिक सहायक।
2. सभी विभागाध्यक्षगण।
3. सभी नोटिस बोर्ड।
4. प्रभारी-आचार्य, कंप्यूटर सुविधा - इसे संस्थान की वेबसाइट पर अपलोड करने के अनुरोध सहित।

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, अंसारी नगर, नई दिल्ली  
 वर्ष ..... हेतु शिक्षण संसाधन भत्ते (एलआरए) की खरीद  
 (स्पष्ट अक्षरों में भरें)

कर्मचारी का विवरण		
1.	नाम	
2.	पदनाम	
3.	विभाग/अनुभाग	
4.	फोन नंबर/मोबाइल नं./एक्सटेंशन	
5.	वेतन एवं कर्मचारी कोड	
6.	बैंक खाता संख्या	
7.	पीएफएमएस संख्या/विशिष्ट आईडी (वेतन पर्ची में लिखित)	
दावा किए गए अंतिम/आंशिक प्रतिपूर्ति का विवरण, यदि कोई है		

एलआरए के तहत खरीदी गई वस्तुओं का विवरण

क्र.सं.	खरीद की तिथि	खरीदी गई वस्तु का विवरण	राशि (रु)
	कुल:		

(हस्ताक्षर)

अधिकारी का नाम.....  
 पदनाम.....  
 दिनांक.....

#### वचनपत्र

एतद्वारा वचन देता/देती हूँ कि:-

- (i) मैंने चालू वित्त वर्ष, अर्थात्..... में शिक्षण संसाधन भत्ते (एलआरए) की खरीद पर किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए एम्स, नई दिल्ली या एम्स, नई दिल्ली के किसी भी केंद्र में दावा प्रस्तुत नहीं किया है।
- (ii) एलआरए दावे के सभी तथ्य सत्य हैं एवं किसी भी गलत विवरण हेतु मैं उचित कार्रवाई हेतु उत्तरदायी हूँ।

(हस्ताक्षर)

अधिकारी का नाम.....  
 पदनाम.....  
 दिनांक.....

"बिल/बिलों की मूल प्रति स्व-प्रमाणित होनी चाहिए कि, "इस वस्तु का इस्तेमाल केवल शैक्षणिक / व्यावसायिक उपयोग हेतु किया गया है"।