

टाटा मूलभूत अनुसंधान संस्थान
TATA INSTITUTE OF FUNDAMENTAL RESEARCH
वेतन एवं पेंशन अनुभाग, मुंबई
SALARY AND PENSION SECTION, MUMBAI

वित्तीय वर्ष 20..... के लिए आयकर छूट हेतु बचत की घोषणा
DECLARATION OF SAVING FOR INCOME TAX REBATE
F.Y.

नाम / NAME : _____ अनुभाग/ SECTION : _____
आईडी नंबर / ID NO : _____ ईमेल / EMAIL : _____
फोन नंबर / EXT: _____ मोबाइल / MOBILE : _____

घोषित बचतों का सारांश / Summary of Declared Savings

राशि रुपयों में / Amount Rs.

- धारा 80 सी / 80 सीसीसी / Section 80 C / 80CCC
कुल बीमा पॉलिसी / TOTAL INSURANCE POLICY
कुल एनएससी / बैंक एफ.डी. / TOTAL NSC / Bank F.D.
कुल पीपीएफ / TOTAL PPF
कुल शिक्षण शुल्क / TOTAL TUITION FEES
एचबीए मूल राशि / HBA PRINCIPAL
कुल टैक्स सेवर म्युचुअल फंड / TOTAL TAX SAVER MUTUAL FUND
कुल रुपए (अधिकतम सीमा) / TOTAL RUPEES (Max. Limit) 1, 50,000/-
- गृह ऋण ब्याज राशि (एचबीए) / Housing Loan Interest Amount (HBA) (अधिकतम / Max . Rs. 2,00,000/-)
- शिक्षा ऋण ब्याज / Education Loan Interest
- चिकित्सा दावा / Mediclaim
- चिकित्सीय रूप से दिव्यांग / Medically Handicapped
- एनपीएस (अधिकतम रु 50,000/- धारा 80सीसीडी (1 बी) के अंतर्गत)
NPS (Maximum Rs. 50,000/- u/s. 80CCD (1B))
- पूर्व नियोक्ता से प्राप्त अतिरिक्त आय / कुल आय रुपए में
Additional income / Gross Salary received from previous employer Rs.
(कृपया पूर्व नियोक्ता का प्रमाणपत्र संलग्न करें / Pl. attach certificate from previous employer)

हस्ताक्षर / SIGNATURE

नाम / NAME :

तिथि / DATE :

बीमा योजना के अंतर्गत किए गए भुगतान के विवरण**PARTICULARS OF PAYMENT MADE UNDER INSURANCE SCHEME**

पॉलिसी संख्या Policy No.	किश्त (रुपए) Premium (Rs.)	मासिक/ तिमाही / वार्षिक Mthly/Qtrly/Yearly	कुल किश्त Total Premium	भुगतान की तिथि Date of Payment
कुल / Total				

पीपीएफ / एनएससी / टैक्स सेवर म्युचुअल फंड्स (ईएलएसएस योजना) / टैक्स सेविंग एफ.डी.**PPF / NSC / TAX SAVER MUTUAL FUNDS (ELSS SCHEME) / TAX SAVING F.D.**

प्रमाणपत्र संख्या / Certificate No.	भुगतान की तिथि / Date of Payment	राशि / Amount
कुल / Total		

शिक्षण शुल्क भुगतान विवरण / TUITION FEES PAYMENT DETAILS

शैक्षणिक वर्ष / पाठ्यक्रम एवं संस्थान का नाम Academic class / course & Name of the Institute	भुगतान की तिथि Date of Payment	राशि Amount
कुल / Total		

चिकित्सा दावा बीमा किश्त (धारा 80डी के अंतर्गत) /Mediclaim Insurance Premium (U/S 80D)

पॉलिसी संख्या /Policy No.	भुगतान की तिथि / Date of Payment	राशि /Amount
कुल / Total		

मैं 31 मार्च, 20.... के पूर्व शेष बीमा किश्त, शिक्षण शुल्क यदि कोई है, का भुगतान करने का वचन देता हूँ /
देती हूँ / I hereby undertake to make payment of balance Insurance premium, Tuition fees if any, before 31st
March

हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name :