

e.F.No.25-08/2012-FS(CBS) (Pt.I)
Government of India
Ministry of Communications
Department of Posts
(Financial Services Division)

Dak Bhawan, New Delhi
Dated: - 11.08.2020

ADDENDUM-II

To,

All Head of Circles/Regions,

Subject:- Incorporation of Aadhaar Seeding provision in common/modified Account Opening Form to be used in National Savings Schemes for CBS and non CBS Post Offices -Regarding.

Sir/Madam,

Kindly refer to the SB Order No. 17/2020, issued vide this office letter No. 25/08/2012-FS (CBS) dated 15.04.2020 followed by Addendum to SB Order 17/2020 dated 10.06.2020 on the subject cited above.

2. In order to facilitate the POSB Account holder to avail DBT benefits in their Post Office Savings Account, the competent authority has decided to incorporate column for Aadhaar Seeding in "Application for Opening of Account /Purchase of Certificate" form for benefits of the depositors and ease of operation.

3. Revised "Application for Account Opening/Purchase of Certificate" Form along with Aadhaar Seeding mandate Form is enclosed for information and further necessary action.

4. It is requested to circulate this SB Order along with copy of Forms enclosed to all concerned for information and necessary action. The same may also be placed on the notice boards of the Post Offices in public area.

This issues with approval of the Competent Authority.


11/08/2020
(Devendra Sharma)
Assistant Director (SB)

Enclosed: - As above

Copy to:-

1. Sr. PPS to Secretary (Posts)/Sr.PPS to Director General Postal Services.
2. PPS/ PS to Addl. DG (Co-ordination)/Member (Banking)/ Member (O)/ Member (P)/ Member (Planning & HRD)/ Member (PLI)/ Member (Tech)/AS&FA.
3. Addl. Director General, APS, New Delhi
4. Chief General Manager, BD Directorate / Parcel Directorate / PLI Directorate
5. Sr. Deputy Director General (Vigilance) & CVO) / Sr. Deputy Director General (PAF)
6. Director, RAKNPA / GM, CEPT / Directors of all PTCs
7. Director General P & T (Audit), Civil Lines, New Delhi
8. Secretary, Postal Services Board/ All Deputy Directors General
9. All General Managers (Finance) / Directors Postal Accounts / DDAP
10. Chief Engineer (Civil), Postal Directorate
11. All Sections of Postal Directorate
12. All recognized Federations / Unions/ Associations
13. GM, CEPT for uploading the order on the India Post website.
14. MOF (DEA), NS-II, North Block, New Delhi.
15. Regional Director (Sr.) NSi, ICCW Building, 4 Deendayal Upadhyay Marg, New Delhi-110002
16. Guard File/Spare copies.



POST OFFICE SAVINGS BANK (AOF)
APPLICATION FOR OPENING OF ACCOUNT/PURCHASE OF CERTIFICATE
FOR USE OF POST OFFICE

Post Office	Tran-ID	SOL ID	Date of Maturity
Account Number	CIF-ID (1)	CIF-ID (2)	CIF-ID (3)

Instructions: i. Please tick (✓) the appropriate box, ii) Use CAPITAL LETTERS only while filling in the application form iii) Submit the self-attested copies of the Documents.

To
 The Postmaster

Paste photograph
of applicant/s

Paste photograph
of applicant/s

Paste photograph
of applicant/s

Madam/Sir,

I/We(Applicant/guardian) hereby apply for opening of an account under(Savings/RD/ 1,2,3,5 Years TD/MIS/SCSS/PPF/SSA/KVP/NSC VIIIth Issue)scheme in your Post office in my/our name(s)/in the name of minor or person of unsound mind.

(i) Additional Facilities available (For Post Office Savings Account) (a) Cheque Book required:- <input type="checkbox"/> , (b) IPPB A/C <input type="checkbox"/> (c) Aadhaar Seeding <input type="checkbox"/> ATM Card <input type="checkbox"/> Internet Banking <input type="checkbox"/> Mobile Banking <input type="checkbox"/> (Prescribed form to be enclosed) (d) Insurance/Pension products: - PMSBY <input type="checkbox"/> PMJJBY <input type="checkbox"/> APY <input type="checkbox"/> (Prescribed form to be enclosed)

(ii) Account Holder Type: - Self Minor through Guardian Person of unsound mind through guardian.

(iii) Account Type: - Single Either or Survivor (Joint B) All or Survivor(s) (Joint A)

1. In case of account opened in the name Minor/ Person of unsound mind.

Name of Minor/ Person of unsound mind	Date of Birth(DD/MM /YYYY) in words	Gender (M/F/O)	Name of Guardian, Relationship and status – Natural or Legal
1.			
2.	Details of proof of age of minor along with its date of Issue and Issuing Authority (In case of SSA A/c Birth Certificate is mandatory)		

2. I/We tender herewith Rs...../(Rs.....(In words) in cash/DD/Cheque No..... date..... as initial deposit. My/Our particulars are as under:-

Particulars	1 st Applicant	2 nd Applicant	3 rd Applicant
Name of the Applicant/ Guardian			
Name of Husband/ Father/ Mother			
Gender (M/F/O)			
Date of Birth (DD/MM/YYYY) and In words (mandatory)			
Aadhaar Number			
PAN Number*			
CIF ID (existing A/Cs holders)			
Present Address:- House/Locality/Village & Post Office/City/District/ State/Pin Code			
Permanent Address: House/Locality/Village & Post Office/ City/ District/ State/Pin Code			
Telephone No./Mobile No.*			
E-mail ID			
ID Proof (Document No./Date of Issue/ Issuing Authority)			
Address Proof (Document No./Date of Issue/ Issuing Authority)			
For SCSS Account details of proof of age (Doc. No.,issue Date and Issuing Authority)			

(If Aadhaar Card/proof of enrolment of Aadhaar is not provided, any of the following documents can be accepted as valid documents for the purpose of identification and address proof) :- 1. Passport 2. Driving license 3. Voter's ID card 4. Job card issued by Mnrregs signed by the State Government officer 5. Letter issued by the National Population Register containing details of name and address.

Specimen Signatures

1.....1.....1.....
 2.....2.....2.....
 3.....3.....3.....

Name:-.....Name:-.....Name:-.....

3. Declarations

General:-(1) I/We hereby undertake to abide by the scheme provisions and Government Savings Promotion Rules, 2018 applicable on the Scheme and amendments issued thereto from time to time.

(Details available at <https://www.indiapost.gov.in/VAS/Pages/RTI/RTI-Manual-5.aspx>)

(2) I/We further declare that I/We/Minor/person of unsound mind is/are Resident citizen of India and undertake to inform the account office of any change in My/our residency/citizenship status in future.

(3) I hereby agree that account will be operated by me till account holder attained age of 18 years and thereafter, account holder will operate the account. (In case of SSA and Minor Account opened through Guardian).

(4) In case services of SAS/MPKBY Agent are taken: -

Name of Agent Authority No.....Date of validity.....

(5) Standing Instruction (i.e. MIS to SB, SB to RD etc.) if any.....

TD :- Extension/Renewal of account required after maturity :-

SSA :- I hereby declare that no other account has been opened under Sukanya Samridhi Account in the name of the depositor in any of the Post office/Bank in the country.

PPF :-(1) I hereby declare that no other account has been opened under Public Provident Fund Account in the name of the myself/minor in any of the Post office/Bank in the country.

(2) I further declare that I will abide by the ceiling of maximum deposit in the accounts opened in my name and in the name of minors as per provision of the scheme and any deposit in excess of the ceiling will be treated as in contravention to the Scheme provisions.

MIS/SCSS :- I/We hereby declare details of my/Our existing accounts* as on today under "National Savings Monthly Income Account/ Senior Citizen Savings Scheme" in any of the Post Office/Bank in the country.

Sl.No.	Name of Scheme (MIS or SCSS)	Date of opening of account	Amount deposited	Customer Identification Number (CIF No.)	Account Number	Name of Post Office/Bank
1						
2						

*If number of accounts is more, details of all accounts should be filled and attached as annexure duly signed.

Please tick (v) the appropriate box

Date:-

Signature or thumb impression of Applicant(s)/Guardian

4. Nomination

I/We.....hereby nominate the person(s) mentioned below to whom to the exclusion of all other persons in the event of my death the amount standing to my credit in(Name of Scheme) at the time of my death would be payable.

S.No.	Name(s) of the nominee(s) and relationship	Full address (s)	Aadhaar number of nominee (optional)	Date of birth of nominee in case of minor nominee	Share of entitlement	Nature of entitlement Trustee or owner
1						
2						
3						
4						

As the nominee(s) at Serial No.(s).....specified above is/are minor(s), I/We appoint Shri/Smt/Kumari.....S/o,D/o,W/o.....

Address.....to

receive the sum due under the said account in the event of my/Our death during the minority of the nominee(s).

(In case, applicant(s) is/are illiterate)

1. Signature of witness.....

Name & Address.....

2. Signature of witness.....

Name & Address.....

Place:

Date:

Signature or thumb impression of Applicant(s)/Guardian

FOR USE OF POST OFFICE

I have carefully examined this application and Identification as well as address proof documents submitted. Opening of account is approved.

Account has been opened in the name of.....with Rs.....on..... (Date) underscheme vide A/c No. dated

Nomination registration details:-

Date Stamp	Signature of GDS Branch Post Master Name Stamp of EDBO	Date Stamp	Signature of Sub/Asst./Head Post Master Designation stamp
------------	---	------------	--



डाकघर बचत बैंक
खाता खोलने/बचत पत्र खरीदने का आवेदन फॉर्म

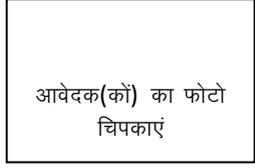
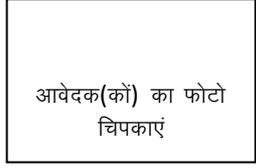
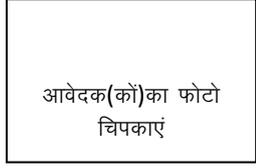
(AOF)

डाकघर के उपयोग के लिए

डाकघर का नाम	Tran-ID	SOL ID	परिपक्वता की तारीख
खाता संख्या		CIF-ID (1)	
CIF-ID (2)		CIF-ID (3)	

अनुदेश: i). कृपया संबंधित बॉक्स (N) चयन करें, ii) फॉर्म स्वच्छ अक्षरों में भरे तथा/iii) संबंधित दस्तावेजों की स्वप्रमाणित प्रतियां संलग्न करें।

सेवा में,
डाकपाल
.....
.....



श्रीमान,
मैं/हम.....(आवेदक/संरक्षक) आपके डाकघर में.....(Savings/RD/
1,2,3,5 Years TD/MIS/SCSS/PPF/SSA/KVP/NSC VIIIth Issue). योजना के अन्तर्गत मेरे/हमारे नाम से/अव्यस्क के नाम से/विकृतचित्त व्यक्ति के नाम से खाता खोलने के लिए आवेदन करता हूँ/करते हैं।

(i) अतिरिक्त सुविधाएं उपलब्ध (डाकघर बचत खाते के लिए) (अ) चेक बुक चाहिए :- , (ब) IPPB खाता
(स) आधार सीडिंग ATM कार्ड इंटरनेट बैंकिंग मोबाईल बैंकिंग (निर्धारित फॉर्म संलग्न करें)
(द) बीमा/पेशन उत्पाद :- PMSBY PMJJBY APY (निर्धारित फॉर्म संलग्न करें)

(ii) खाते का संचालन :- स्वयं द्वारा अव्यस्क खाता संरक्षक द्वारा विकृतचित्त व्यक्ति का खाता अधिकृत व्यक्ति के द्वारा
(iii) खाते का प्रकार:- एकल कोई या उत्तरजीवी (संयुक्त ब) सभी या उत्तरजीवी(यों) (संयुक्त अ)

1. यदि खाता अव्यस्क के नाम से /विकृतचित्त व्यक्ति के नाम से खोला जा रहा है।

अव्यस्क /विकृतचित्त व्यक्ति का नाम	जन्म की तारीख (दिदि/मम/वववव) शब्दों में	लिंग (पु/स्त्री/अन्य)	संरक्षक का नाम, संबंध और स्थिति (प्राकृतिक या कानूनी)
1.			
2.	अव्यस्क की उम्र का प्रमाण, जारी करने की तिथि और जारी करनेवाला प्राधिकारी। (SSA खाते में जन्मप्रमाण पत्र आवश्यक है)		

2. मैं/हमरुपये(.....रुपये (शब्दोंमें)) नकद/डिमाड ड्राफ्ट/चेक संख्या
..... दिनांक द्वारा आरंभिक जमा के रूप में निविदा करता हूँ/हैं। मेरा/हमारे ब्योरे निम्न प्रकार है:-

ब्योरे	प्रथम आवेदक	द्वितीय आवेदक	तृतीय आवेदक
आवेदक/संरक्षक का नाम			
पति/माता / पिता का नाम			
लिंग(पु/स्त्री/अन्य)			
जन्म की तारीख (दिदि/मम/वववव) शब्दोंमें (अनिवार्य)			
आधार संख्या			
स्थायी खाता संख्या (PAN) *			
CIF ID (मौजूदा खाताधारक के लिए)			
वर्तमान पता:- मकान न./इलाका/ग्रा.एव.पो./शहर/जिला/राज्य /पिनकोड			
स्थायी पता:- मकान न./इलाका/ग्रा.एव.पो./शहर/जिला/राज्य /पिनकोड			
टेलिफोन/मोबाईल संख्या*			
ईमेल आईडी			
पहचान का प्रमाण (दस्तावेज संख्या/जारी की तारीख/जारी करने वाले प्राधिकारी)			
निवास का प्रमाण (दस्तावेज संख्या/जारी की तारीख/जारी करने वाले प्राधिकारी)			
SCSS खाते की स्थिति में आयु का प्रमाण (दस्तावेज संख्या/जारी की तारीख/जारी करने वाले प्राधिकारी)			

(यदि आधार कार्ड/आधार नामांकन का प्रमाण उपलब्ध नहीं कराया गया है तो निम्नलिखित दस्तावेज पहचान और पते के प्रमाण के रूप में विधिमाम्य दस्तावेज के रूप में स्वीकृत किये जा सकते हैं)
1. पासपोर्ट 2. ड्राइविंग लाइसेंस 3. मतदाता पहचान पत्र 4. मनरेगा द्वारा जारी, राज्य अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित जाँब कार्ड 5. नम और पते के ब्योरे सहित राष्ट्रिय जनसंख्या रजिस्टर द्वारा जारी पत्र)

नमूना हस्ताक्षर

1.....1.....1.....
2.....2.....2.....
3.....3.....3.....
नाम:-.....नाम:-.....नाम:-.....

3. घोषणाएं

सामान्य:-(1) मैं/हम योजना पर लागू उपबंधों और योजना पर लागू सरकारी बचत संवर्धन नियम-2018, और उनमें समय-समय पर जारी संशोधनों, का पालन करने का वचन देता हूँ/हैं ।

(विस्तृत विवरण यहां उपलब्ध है <https://www.indiapost.gov.in/VAS/Pages/RTI/RTI-Manual-5.aspx>)

(2) मैं/हम पुनः घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मैं/हम और अव्यस्क भारत के निवासी नागरिक हैं और वचन देता हूँ/देते हैं कि भविष्य में निवास/नागरिकता के बदलने की दशा में खाता कार्यालय को सूचित करूंगा/करेंगे ।

(3) मैं इस बात से सहमत हूँ कि खाता मेरे द्वारा संचालित किया जायेगा, जब तक कि खाताधारक 18 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं कर लेता है और उसके बाद खाते का संचालन खाताधारक द्वारा किया जायेगा । (SSA और अव्यस्क खाता, संरक्षक द्वारा खाता खोले जाने कि स्थिति में)

(4) यदि SAS/MPKBY अभिकर्ता की सेवाएं ली गई हो:-

अभिकर्ता का नाम.....एजेन्सी संख्या.....वैधता की तिथि.....

(5) स्थायी निर्देश (जैसे कि MIS से SB, SB से RD इत्यादि) यदि कोई हो.....

TD :- परिपक्वता के बाद खाते का विस्तार/नवीनीकरण चाहिए

SSA:- मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि देश के किसी भी डाकघर/बैंक में कम संख्या 1 में उल्लिखित जमाकर्ता के नाम से सुकन्या समृद्धि खाता नहीं खोला है

PPE:-(1) मैं एतद्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे/अव्यस्क के नाम से लोक भविष्य निधि खाता, देश के किसी भी डाकघर/बैंक में नहीं खुलवाया है ।

(2) मैं पुनः यह घोषणा करता हूँ कि मैं, अपने नाम से खुले खाते और अव्यस्क के नाम से खुले हुए खाते में, योजना के नियमानुसार अधिकतम जमा राशि की सीमा का पालन करूंगा और अधिकतम निर्धारित सीमा राशि से अधिक जमा राशि को योजना के नियमों का उल्लंघन माना जायेगा ।

MIS/SCSS:- मैं/हम देश के किसी भी डाकघर/बैंक में "राष्ट्रीय बचत मासिक आय खाता/वरिष्ठ नागरिक बचत योजना" के अधीन आज तक विद्यमान अपने खाते की घोषणा करता हूँ/करते हैं ।

क्रम संख्या	योजना का नाम (MIS या SCSS)	खाता खोलने की तारीख	जमा राशि	ग्राहक पहचान संख्या (CIF No.)	खाता संख्या	डाकघर/बैंक का नाम
1						
2						

*यदि खातों की संख्या अधिक हो, सभी खातों का विवरण भरकर हस्ताक्षर सहित अनुलग्नक के रूप में संलग्न करें ।

कृपया संबंधित बॉक्स (V) चयन करें ।

दिनांक:-

आवेदक(को)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठा छाप

4. नाम निर्देशन

मैं/हम अग्रलिखित व्यक्ति(ओ) नाम निर्देशन करता हूँ/करते हैं, जिनको मेरी/हमारी मृत्यु की दशा में अन्य व्यक्तियों को अपवर्जित करके (योजना का नाम) में जमा रकम मेरी मृत्यु उपरान्त संवत्त (भुगतान) की जाएगी ।

क्रम संख्या	नाम निर्देशित (यो) का नाम और संबंध	पूरा पता (पते)	नाम निर्देशिती का आधार संख्या (वैकल्पिक)	अव्यस्क के मामले में नाम निर्देशिती के जन्म की तारीख	हकदारी का अंश	हकदारी की प्रकृति न्यासी या स्वामी
1						
2						
3						
4						

चूंकि क्रम संख्या (कों) विनिर्दिष्ट नाम निर्देशिती(या) अव्यस्क है, मैं/हम, श्री/श्रीमती/कुमारी पुत्र/पुत्री/पत्नी निवासी को नामनिर्देशिती/नामनिर्देशितियों की अव्यस्कता के दौरान मेरी मृत्यु की दशा में उक्त खाते के अधीन देय राशि को प्राप्त करने के लिए नियुक्त करता हूँ/करते हैं ।

(आवेदक(कों) के निरक्षर होने कि स्थिति में)

1. गवाह के हस्ताक्षर.....

नाम और पता.....

2. गवाह के हस्ताक्षर.....

नाम और पता.....

स्थान:

दिनांक:

आवेदक(को)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठा छाप

डाकघर के उपयोग के लिए

मैंने इस आवेदन और पहचान के साथ साथ प्रस्तुत किये गये पते के दस्तावेजों की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है । खाता खोलना स्वीकृत किया जाता है । खाता संख्यादिनांकको, के नाम से तारीख कोरु के आरंभिक जमा के साथ खोला गया है ।
--

नामांकन का विवरण:-

<p>तारीख मोहर</p> <p style="text-align: center;">ग्रा.डा.से. शाखाडाकपाल के हस्ताक्षर शाखाडाकघर की नाम मोहर</p>	<p>तारीख मोहर</p> <p style="text-align: center;">उप/सहायक/मुख्य डाकपाल के हस्ताक्षर नाममोहर</p>
--	---

आधार संख्या को डाकघर बचत बैंक खाते से जोड़ने और खाते में डीबीटी हितलाभ प्राप्त करने हेतु आवेदन - एनपीसीआई मैपिंग

सेवा में,

मुख्य पोस्टमास्टर/प्रधान पोस्टमास्टर /उप पोस्टमास्टर

दिनांक :

डाकघर

खाता संख्या _____ खाताधारक का नाम _____

प्रत्यक्ष लाभांतरण राशि प्राप्त करने हेतु एनपीसीआई मैपर में आधार को जोड़ना

आपके डाकघर की _____ शाखा में मेरा डाकघर बचत बैंक खाता है, जिसकी संख्या _____ है।

2. मैं, अपना आधार सं. प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ (स्व-अनुप्रमाणित प्रति संलग्न) और निम्नलिखित के लिए स्वेच्छा से अपनी सहमति व्यक्त करता/करती हूँ :

- यूआईडीएआई द्वारा अधिप्रमाणन के प्रयोजनार्थ, मेरे आधार संबंधी विवरण का प्रयोग किया जा सकता है।
- मेरे निम्नांकित मोबाइल नं. पर मुझे एसएमएस अलर्ट भेजे जा सकते हैं।
- मेरे सभी मौजूदा/नए/भविष्य में खोले जाने वाले डाकघर खातों और ग्राहक संबंधी सामान्य जानकारी (कस्टमर प्रोफाइल) को आधार नंबर से संबद्ध किया जा सकता है।

(ग्राहक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

3. डीबीटी हितलाभ प्राप्त करने हेतु विकल्प (किसी एक को चुनें)

- मेरे खाता सं. _____ को एनपीसीआई मैपर से संबद्ध कर दिया जाए, ताकि भारत सरकार की ओर से एलपीजी सब्सिडी सहित अन्य देय प्रत्यक्ष लाभांतरण (डीबीटी) मुझे उक्त खाते के जरिए प्राप्त हों। मैं इस बात से अवगत हूँ कि यदि मुझे एक से अधिक लाभांतरण राशि देय होगी, तो ये सभी राशियां मुझे इसी खाते के जरिए प्राप्त होंगी। (ऐसे ग्राहकों के लिए, जिन्होंने अभी तक अपने खाते को एनपीसीआई मैपर से नहीं जोड़ा है।)
- मेरा एक खाता पहले से ही _____ डाकघर में है, जिसकी आईआईएन संख्या* _____ है और यह खाता, भारत सरकार की ओर से प्रत्यक्ष लाभांतरण राशि प्राप्त करने के लिए एनपीसीआई मैपर से संबद्ध है। **अनुरोध है कि इसमें परिवर्तन करते हुए, एनपीसीआई मैपिंग (प्रत्यक्ष लाभांतरण खाता) को आपके डाकघर में मौजूद मेरे खाते से संबद्ध कर दिया जाए।**
- मेरा एक खाता पहले से ही _____ बैंक में है, जिसकी आईआईएन संख्या** _____ है और यह खाता, भारत सरकार की ओर से प्रत्यक्ष लाभांतरण राशि प्राप्त करने के लिए एनपीसीआई मैपर से संबद्ध है। मैं अपने मौजूदा बैंक/डाकघर खाते से संबद्ध एनपीसीआई मैपिंग (प्रत्यक्ष लाभांतरण खाता) में कोई परिवर्तन नहीं चाहता।
- मैं, आपके डाकघर में मौजूद मेरे खाते को एनपीसीआई मैपर से संबद्ध करने का इच्छुक नहीं हूँ (मुझे प्रत्यक्ष लाभांतरण राशि प्राप्त नहीं होगी।)

4. मुझे यह समझा दिया गया है कि अधिप्रमाणन के बाद किस प्रकार की जानकारियों को साझा किया जा सकता है। मुझे भली-भांति अवगत करा दिया गया है कि मेरे द्वारा डाकघर को एतद्वारा प्रदान की गई जानकारियों का इस्तेमाल, उपरोक्त प्रयोजन अथवा विधि संबंधी आवश्यकता के अतिरिक्त किसी अन्य कार्य के लिए नहीं किया जाएगा।

5. मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा स्वेच्छा से प्रदान की गई उपरोक्त समस्त जानकारी सत्य, सटीक और पूर्ण है।

भवदीय/भवदीया

(ग्राहक के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान)

नाम :

पिता/पति का नाम :

खाता संख्या :

ग्राहक का पता :

मोबाइल नं. तथा ई-मेल

डाकघर का नाम (शाखा सहित) :

संलग्न : आधार पत्र की स्व-अनुप्रमाणित प्रति

(ग्राहक के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान)

* एनपीसीआई मैपिंग : मैपिंग वह प्रक्रिया है, जिसके तहत आधार संख्या को किसी बैंक/डाकघर से संबद्ध किया जाता है। यह प्रक्रिया एनपीसीआई द्वारा संचालित की जाती है। इसका उद्देश्य, प्रत्यक्ष लाभ प्राप्त करने हेतु, ग्राहक की सहमति से, आधार नं. से जुड़े किसी डाकघर बचत बैंक/बैंक खाते में प्रत्यक्ष लाभांतरण राशि जमा करना है।

** आईआईएन नं., सहमति संबंधी आवेदन प्राप्त होने के बाद बैंक/डाकघर द्वारा प्रदान किया जाएगा।

APPLICATION FOR LINKING /SEEDING AADHAR NUMBER AND RECEIVING DBT BENEFITS INTO POSB ACCOUNT – NPCI MAPPING *

To
The Chief Post master/ Head Post master / Sub Post master,
..... Post office

Date:

Dear Sir,

Account Number..... in a/c Name.....

Linking / Seeding of Aadhaar in NPCI-Mapping for receiving Direct Benefits.

I am maintaining a Saving Bank Account Number.....with your Post Office Branch

2. I submit my Aadhaar number and voluntarily give my consent to: (self-attested copy enclosed)

- o Use my Aadhaar Details to authenticate me from UIDAI
- o Use my Mobile Number mentioned below for sending SMS Alerts to me.
- o Link the Aadhaar Number to all my existing/new/future accounts and customer profile (CIF) with your Post office.

(Signature/ Thumb Impression of customer)

OPTION FOR RECEIVING DBT BENEFITS (TICK ONE)

- o I wish to send my account No.....with NPCI Mapper to enable me to receive Direct Benefit Transfer(DBT) including LPG Subsidy from Govt. Of India (GOI) in my above account. I understand that if more than one Benefit transfer is due to me, I will receive all the Benefit Transfers in the same account. **(For customer who have not so far seeded account with NPCI Mapper).**
 - o I already have an account (Name of the Post Office) having IIN* Numberand seeded with NPCI Mapper for receiving DBT from GOI. **I request you to change my NPCI Mapping (DBT Benefit Account) to my account with your Post Office.**
 - o I already have an account with another Bank (Name of the Bank) having IIN Number**and seeded with NPCI Mapper for receiving DBT from GOI. **I do not want to change my NPCI Mapping (DBT Benefit Account) from the existing Bank/Post office.**
 - o I do not wish to seed my accounts from your Post Office with NPCI Mapper **(I will not be getting DBT).**
3. I have been explained about the nature of information that may be shared upon authentication. I have been given to understand that my *information submitted to the Post office herewith shall not be used for any purpose other than mentioned above, or as per requirements of law.*
4. I hereby declare that all the above information voluntarily furnished by me is true, correct and complete.

Yours faithfully

(Signature/Thumb Impression of customer)

Name

Fathers / Spouse Name:

Account Number:

Address of the Customer:

Mobile Number & Email:

Post Office Name with Branch:

Encl.: Copy of Aadhaar (Self attested)

(Signature/Thumb Impression of Customer)

**NPCI Mapping: Mapping is a process of associating a Post Office/Bank with Aadhaar number which is facilitated by NPCI for Direct Benefit Transfer to respective Post offices/Bank who have linked the Aadhaar Number to a specific POSB/Bank account for receiving Direct Benefits to which customer has given the Consent.*

*** IIN Number will be provided by Bank/Post office receiving the consent Application.*