

# శిశు సంరక్షణ సెలవులు (చైల్డ్ కేర్ లీవ్)

జి.ఓ. ఎం.ఎస్. నెం. 132 తేది 06-07-2016 ప్రకారం ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వం ప్రతి మహిళా ఉద్యోగిని తన సర్వీసు మొత్తం కాలంలో 2 నెలలు (60 రోజులు) తన మైనరు పిల్లల అవసరాలైన పాఠశాల లేదా కాలేజి స్థాయి పరీక్షలు, అనారోగ్యం మొదలైన వాటి గురించి ఈ సెలవులు వాడుకొనవచ్చును.

- ❖ ఈ సెలవును ఇద్దరు మైనరు పిల్లలకు 60 రోజుల మొత్తాన్ని మూడు దఫాలుగా వాడుకోవచ్చు. ఇద్దరు మైనరు పిల్లలకు 18 సం॥లు వచ్చే వరకు మరియు వికలాంగులైన పిల్లలకు 22 సం॥ల వరకు గవర్నమెంట్ సర్వెంటు అయిన మహిళా ఉద్యోగినిపై ఆధాపడి జీవించే పిల్లలకు వర్తించబడుతుంది.
- ❖ ఈ సెలవు కాలంలో ఎల్.టి.సి.ని ఉపయోగించుకోరాదు. మైనరు పిల్లల ప్రత్యేకమైన అవసరాలైన పరీక్షలు, అనారోగ్యంలాంటి వాటి కోసం వాడాలి.
- ❖ ఈ సెలవును వారి సర్వీసు రిజిస్టరులో ప్రత్యేకమైన ప్రొఫార్ములో నమోదుచేసి చైల్డ్ కేర్ అకౌంటు నుండి తీసివేయాలి.
- ❖ చైల్డ్ కేర్ లీవ్ ను ఇతరలీవు అకౌంటు అయిన నగదు లీవు, హాఫ్ పే లీవుల నుండి తీసివేయరాదు.
- ❖ ఈ సెలవు వలన ఆఫీసు పని విధానమునకు ఇబ్బంది పడనివిధంగా ఉండాలి. కార్యాలయం పరిస్థితినిబట్టి మంజూరు చేస్తారు.
- ❖ చైల్డ్ కేర్ లీవు హక్కుకాదు. దీనిని వాడుకొనుటకు పై అధికారి ముందుగా అనుమతిని ఇవ్వాలి.
- ❖ ఈ సెలవును ఎరండ్ లీవ్ లాగే మంజూరు చేస్తారు.
- ❖ చైల్డ్ కేర్ లీవును ఇతర సెలవులు అయిన ప్రసూతి సెలవు, లేదా ఇతర సెలవులతో కలిపివాడుకోవచ్చు. క్యాజువల్ సెలవు మరియు ప్రత్యేక సెలవులతో కలిపి మాత్రం వాడరాదు.
- ❖ ఈ సెలవును ప్రొజెషన్ పీరియడ్ లో వాడుకోవచ్చును. కాని సెలవు కాలము వరకు ప్రొజెషన్ పీరియడ్ పొడిగింపబడుతుంది.
- ❖ చైల్డ్ కేర్ లీవును లీవ్ నాట్ డ్యూ క్రింద అనుమతించవచ్చును.

**చైల్డ్రేర్ వీవ్ కొరకు ధరఖాస్తు**  
(SUBMITTED THROUGH PROPER CHANNEL)

తేది : .....

స్థలం : .....

గౌరవనీయులైన జిల్లా ప్రజాపరిషత్ / ప్రభుత్వ / మునిసిపల్ ఉన్నత పాఠశాల ప్రధానోపాధ్యాయులు....., ....., మండలం, శ్రీ పొట్టి శ్రీరాములు నెల్లూరు జిల్లా వారి దివ్యసముఖమునకు సదరు పాఠశాలలో పాఠశాల సహాయకులు (.....) / భాషా పండితులు (.....) / పి.ఇ.టి. / ..... గా పనిచేయుచున్న శ్రీమతి ..... వ్రాసుకున్న మనవి అర్జీ !

ఆర్యా!

విషయము : విద్య - సెకండరీ విద్య ..... ఉన్నత పాఠశాల ..... తేది..... నుండి తేది..... వరకు (..... రోజులు) శిశు సంరక్షణ సెలవులు..... సారిగా మంజూరు కొరకు ప్రతిపాదనలు సమర్పించుట-గురించి.

సూచిక: 1. జి.ఓ.యం.యస్.నెం.132 ఫైనాన్స్ డిపార్టుమెంటు తేది: 08-07-2016

2. సంబంధిత ఇతర పత్రములు

శ్రీమతి..... అను నేను..... ఉన్నత పాఠశాల..... నందు .....గా పని చేయుచున్నాను. నాకు ప్రస్తుతము క్రింద తెలుపబడిన ప్రకారంగా పిల్లలు కలిగియున్నారు.

వ.నెం	పేరు	సంబంధము	పుట్టిన తేది	రిమార్కులు
1.				
2.				

పైన తెలుపబడిన సూచిక (1) లోని జి.ఓ ప్రకారంగా సర్వీసు మొత్తంలో పిల్లలను పెంపకం నిమిత్తం లేక పిల్లల పాఠశాల, కాలేజి స్థాయి పరీక్షల సమయంలో లేక వారి అనారోగ్య సమయంలో సంరక్షణ నిమిత్తం 18సం॥ల లోపు వయస్సు వారికి మరియు అశకులైన పిల్లల (మానసిక/సంరక్షణ వికలాంగులు) వయస్సు 22సం॥ల లోపు వరకు వారికి 2 నెలలు (60 రోజులు) శిశు సంరక్షణ సెలవులు 3 సార్లుతగ్గకుండా వినియోగించుకొను అవకాశము కలదు.

పైన తెలుపబడిన నాకుమార్తె/కుమారుడు అయిన..... వారికి.....నిమిత్తంగా .....సారిగా తేది..... నుండితేది..... వరకు (.....రోజులు) శిశు సంరక్షణ సెలవులు అవసరమైయున్నవి.

నేను గతములో ఎటువంటి శిశు సంరక్షణ సెలవులు వినియోగించుకొని వుండలేదు / ..... సారి వరకు.....రోజులు శిశు సంరక్షణ సెలవులు వినియోగించుకొని యున్నాను. ఇంకనూ.....రోజులు నా సి.సి.ఎల్ ఖాతా నందు నిల్వయున్నవి.

కావున నాకుమార్తెకు/కుమారునికి..... నిమిత్తంగా అవసరమైయున్న కారణంగా .....సారిగా తేది..... నుండి తేది..... వరకు (.....రోజులు) పెట్టుకొన్న శిశు సంరక్షణ సెలవులు మంజూరు చేయవలసినదిగా వినయపూర్వకంగా వేడుకొనుచున్నాను.

ఇట్లు  
భవదీయురాలు

పేరు:.....

పోస్టు:.....

పాఠశాల:.....

గ్రామము:.....

మండలము:.....

జిల్లా ప్రజా పరిషత్ / ప్రభుత్వ / మునిసిపల్ ఉన్నతపాఠశాల ప్రధానోపాధ్యాయులు గారి ఉత్తర్వులు

ప్రస్తుతము : శ్రీ/మతి .....

ఆర్.సి.నెం. : /20 తేది :...../...../201.....

విషయం : విద్య- సెకండరీ విద్య - ..... ఉన్నతపాఠశాల .....  
శ్రీమతి..... వారికి ..... సారిగా తేది.....నుండి  
తేది..... వరకు (.....రోజులు) శిశు సంరక్షణ సెలవులు మంజూరు చేయుచూ ఉత్తర్వులు జారీ  
చేయుట-గురించి.

సూచిక : 1. శ్రీమతి..... వారి యొక్క ఆర్డీ తేది : .....

2. జి.ఓ.యం.యస్.నెం.132 ఫైనాన్స్ డిపార్టుమెంటు తేది : 06-07-2016.

3. సంబంధిత ఇతర పత్రములు.

పై సూచిక (1) ప్రకారం జిల్లా ప్రజా పరిషత్ / ప్రభుత్వ / మునిసిపల్ ఉన్నతపాఠశాల, ..... నందు  
.....గా పనిచేయుచున్న శ్రీమతి..... గారు, ..... సారిగా తేది.....  
నుండి తేది.....వరకు (.....రోజులు) శిశు సంరక్షణ సెలవులు వారి కుమార్తె/ కుమారుడు అయిన  
.....వారికి .....నిమిత్తంగా వినియోగించుకొనుటకు గాను మంజూరు కొరకు  
ప్రతిపాదనలు సమర్పించియున్నారు.

పైన తెలుపబడిన సూచిక (2) లోని జి.ఓ ప్రకారంగా సర్వీసు మొత్తంలో పిల్లలను పెంపకం నిమిత్తం లేక పిల్లల పాఠశాల,  
కాలేజి స్థాయి పరీక్షల సమయంలో లేక వారి అనారోగ్య సమయంలో సంరక్షణ నిమిత్తం 18సం॥ల లోపు వయస్సు వారికి  
మరియ అశకులైన పిల్లల (మానసిక/సంరక్షణ వికలాంగులు) వయస్సు 22సం॥ల లోపు వరకు వారికి 2 నెలలు (60 రోజులు)  
శిశు సంరక్షణ సెలవులు 3 సార్లుతగ్గకుండా వినియోగించుకొను అవకాశము కలదు.

పై ఉపాధ్యాయిని ప్రతిపాదనలు పరిశీలించగా గతములో వీరు ఎటువంటి శిశు సంరక్షణ సెలవులు వినియోగించుకొని  
యుండలేదు లేదా గతములో ఆమె ఉపయోగించుకున్న .....సార్లు కలుపుకొని .....రోజులు శిశు సంరక్షణ  
సెలవులు వినియోగించుకొని యున్నారు. ప్రస్తుతము వీరి సి.సి.ఎల్. ఖాతా నందు .....రోజులు శిశు సంరక్షణ సెలవులు  
ఇంకనూ నిల్వ యున్నవి.

కావున పై సూచికలు (1) మరియు (2) ప్రకారం శ్రీమతి.....గారి కుమార్తె/కుమారుడు అయిన  
.....వారికి..... నిమిత్తంగా తేది..... నుండి తేది.....  
వరకు .....రోజులు .....సారిగా శిశు సంరక్షణ సెలవులు మంజూరు చేయుచూ మరియు ఇంకనూ  
వీరి సి.సి.ఎల్. ఖాతానందు .....రోజులు మిగిలి యున్నవని ఉత్తర్వులు జారీ చేయడమైనది. మంజూరు చేయబడిన  
సెలవులను వీరి సేవా పుస్తకమునందు నమోదు చేయడమైనది.

సకలు :

ప్రధానోపాధ్యాయులు

- 1) సంబంధిత ఉపాధ్యాయినికి
- 2) సంబంధిత ఉపఖజానాధికారి వారికి,
- 3) బిల్లుకి,
- 4) ఫైలుకి

ఏ రకపు సెలవునైనా మంజూరు చేయు ఉత్తర్వుల నమూనా

**PROCEEDINGS OF THE GAZETTED HEADMASTER Gr-II, ZPP/Govt./ Municipal  
High School ....., SPS Nellore District.**

**Present : Sri / Smt .....**

R.C. No. ....

Date. ....

Sub : Esst. - Secondary Education - Sanction of ..... leave to Sri / Smt .....  
S.A. (.....)/ L.P. (.....)/ PET, Z.P.P./Govt./Municipal High School..... Orders  
issued - Regd.

Ref1 . A.P. Leave rules 1933, Amended from time to time, Rule 13.

2. G.O:Ms.No. 186, Fin, dt. 23-7-09 (commuted leave on medical grounds)
3. G.O.Ms.No. 449, Fin- dt. 28-10-96 (Full pay o.n HPLforT.B./ can-cer / hear / neuro diseases upto 6 monts),
4. G.O.Ms.No. 152, Fin. dt. 04-05-2010 (180 days Maternity leave / Abortion leave 42 days)
5. G.O.Ms.No. 231 , Fin. dt. 16-9-05, (paternity leave 15 days)
6. G.O.Ms.No. 40, Edn. dt. 7-5-02
7. G.O.Ms.No. 70, Edn. dt. 6-7-09
8. Medical certificates issued
9. Application of the Individual.

In exercise of the powers delegated in terms of GOs 6th & 7th read above, the applicant is sanctioned leave as detailed below on the strength of connected Govt. orders relating to provisions.

**ANNEXURE**

1. Name & Post & Shcool : .....
2. Date from which the Applicant has been on leave (Total days) : From dt ..... to dt ..... days  
From dt ..... to dt ..... days  
From dt ..... to dt ..... days
3. Nature of leave applied for : . on personal/Medical Reasons
4. Delivery & two living children certificates submitted In case of Maternity leave or Paternity leave : Yes
5. Type of leave sanctioned and dates  
Nature of leave From dt. To dt Total Days sanctioned  
Half Pay Leave .....  
Commuted leave on . . . . .  
Medical Grounds .....  
Maternity Leave .....  
Paternity Leave .....  
Earned Leave .....  
E.O.L. loss of pay .....  
6. Balance of leave at Credit after this : half pay leave .....days  
Sanction Earned leave ..... days  
7. Date of joining after expiry of leave : dt .....  
he / she applied for (Reposting date incase of Maternity / Paternity leave)  
8. Whether necessary entries are made : Yes  
in the S.R.  
9. Dates permitted to avail as public : Dt .....  
Holidays (Prefix/suffix):  
10. Remakrs if any : .....

Signature of Headmaster

## APPLICATION FOR COMMUTTED / HALF PAY/ EOL LEAVE

1. Name of the applicant :
2. Designation :
3. Name of the school :
4. Treasury I.D.No. :
5. Mobile Number :
6. Nature of leave : Half pay / Commuted leave / EOL
7. Ground on which leave : Medical certificate / Private affairs  
1) Applied for
8. Reason for leave :
9. Period of leave : From..... to .....
10. Sundays, Second Saturdays :  
and public holidays to be  
prefix/suffix to leave
11. In case of Commuted leave  
no. of days already availed :
12. Date of return from leave :
13. Contact Address in Leave Period :

Signature of the applicant

Recommendation of the controlling officer  
(Commutted leave should not exceed  
240 days in entire service)

Signature of the Headmaster

Encloser : Medical Certificate

**APPLICATION FOR TUBECTOMY/HYSTETOMY OPERATION**  
**SPECIAL CASUAL LEAVE FOR WOMAN EMPLOYEES ON FULL PAY**

1. Name of the applicant :
2. Designation :
3. Name of the school :
4. Treasury I.D.No. :
5. Mobile Number :
6. Nature of leave applied : Tubectamy operation, 14 days/  
Hysterectomy operation 15 days
7. Reason for leave : Medical certificate / Private Affairs
8. Date of surgery done :
9. Name of the hospital and Address :
  
10. Sunday, Second saturday :  
and public holiday if any proposed to be  
prefix/suffix to leave
11. Period of leave : From ..... to .....
12. Date of return from leave :
13. Contact Address in Leave Period :

Signature of the applicant

Recommendation of the controlling officer,

Signature of the Headmaster

Encloser : Doctor Certificate

# Application for Paternity leave on full pay

(G.O. No. 231 Finance (F.R.I.) Dept., dated 16-9-2005 and  
circular memo No. 20/29-c/454/FR-1/2010, dated 21-07-2010)

1. Name of the applicant :
2. Designation :
3. Name of the school :
4. Treasury I.D.No. :
5. Mobile Number :
6. Nature of leave applied : 15 days paternity leave on full pay  
before delivery / After delivery
7. Reason for leave : My wife Smt. ....  
Has delivered male/female baby on  
.....  
at the hospital .....
8. Date of surgery done :
9. Name of the hospital and Address :
10. Sunday, Second saturday :  
and public holiday if any proposed to be  
prefix/suffix to leave
11. Period of leave : From ..... to .....
12. Date of return from leave :
13. Contact Address in Leave Period :

Signature of the applicant

Recommendation of the controlling officer,

Signature of the Headmaster

Encloser : Delivery Certificate

**APPLICATION FOR ABORTION AND MISCARRIAGE**  
**6 WEEKS LEAVE ON FULL PAY**

1. Name of the applicant :
2. Designation :
3. Name of the school :
4. Treasury I.D.No. :
5. Mobile Number :
6. Nature of leave applied : Abortions and miscarriage leave  
6 weeks (42 days)
7. Reason for leave :
8. Date from which required : From ..... to .....
9. Date of abortion and miscarriage done :
10. Name of the hospital and address :
  
11. Sunday, Second saturday :  
and public holiday if any  
proposed to be  
prefix/suffix to leave
12. Date of return from leave :
13. Contact Address in Leave Period :

Signature of the applicant

Recommendation of the controlling officer,

Signature

Encloser : Medical Certificate