



EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION

कृपया बड़े अक्षरों में लिखें

घोषणा पत्र DECLARATION FORM

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। फार्म के साथ पासपोर्ट आकार के दो फोटोग्राफ भी लगाएँ।
फार्म भरने से पहले पृष्ठ के पीछे दिये गये निर्देशों को भली-भाँति पढ़ लें।
To be filled in by the employee after reading instructions overleaf. Two Passport size photographs are to be attached with this form

(क) बीमाकृत व्यक्ति का विवरण

(A) INSURED PERSON'S PARTICULARS

1. बीमा संख्या/Insurance No.	6	1							
2. नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name (in block letters)									
3. पिता/पति का नाम Father's Name/Husband's Name									
4. जन्मतिथि/ Date of Birth	दिन D	महीना M	वर्ष Y	5. वैवाहिक स्तर	विवाहित/अविवाहित/ विधवा/MU/W				
				6. लिंग/Sex	पु/म. M/F				
7. वर्तमान पता/ Present Address	8. स्थायी पता/ Permanent Address								
पिन कोड Pin Code	पिन कोड Pin Code								
टेलीफोन नंबर ई-मेल/E-mail	टेलीफोन नंबर ई-मेल/E-mail								
शाखा कार्यालय Branch Office	औषधालय Dispensary								

(ख) नियोजक का विवरण

(B) EMPLOYER'S PARTICULARS

9. नियोजक की कूट संख्या Employer's Code No.	6	1							
10. नियुक्ति की तिथि Date of Appointment	दिन Days	महिना Month	वर्ष Year						
11. नियोजक का नाम और पता/ Name & Address of the Employer									
12. यदि पहले नियोजन में रहे हैं तो कृपया निम्नलिखित विवरण दीजिए। In case of any previous employment please fill up the details as under :-									
क) पिछली बीमा संख्या a) Previous Ins. No.									
ख) नियोजक कूट संख्या b) Employer's Code No.									
ग) नियोजक का नाम व पूर्ण पता / Name and Address of the employer									
टेलीफोन नंबर ई-मेल/E-mail									

(ग) मृत्यु की स्थिति में नकद हितलाम के भुगतान के लिए क.रा.बी. अधिनियम 1948 की धारा 71/क.रा.बी. (केन्द्रीय) नियम 1950 के नियम 56(2) के अन्तर्गत नामित के ब्यौरे।
Details of Nominees u/s 71 ESI Act 1948/Rule 56(2) of ESIO of ESI (Central) Rules, 1950 for payment of cash benefits in the event of death.

नाम/Name	संबंध/Relationship	पता/Address

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किया गया ब्यौरा मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है। मैं अपने परिवार के सदस्यों में हुए परिवर्तन की सूचना 15 दिन के भीतर प्रस्तुत करने का वचन देता हूँ। I hereby declare that the particulars given by me are correct to the best of my knowledge the brief, I undertake to intimate the Corporation any changes in the membership of my within 15 days of such change.

नियोजक के हस्ताक्षर
Countersigned by the employer

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठा निशान
Countersigned by the employer

हस्ताक्षर/सील
Signature with Seal

(घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिजनों का विवरण

(D) Family Particulars of Insured persons

क्र.सं. Sl. NO.	नाम Name	फार्म भरने की तिथि को आयु Date of Birth / Age as on date of filling from	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the Employee	क्या उसके साथ रह रहे हैं Whether residing With him/her ?		यदि नहीं तो आवास का स्थान दर्शाये If 'NO' State place of Residence	
				हाँ/Yes	नहीं/No	उपनगर/Town	राज्य/State
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

क.रा.बी. निगम अस्थायी पहचान पत्र
ESI Corporation Temporary Identity Card

(नियुक्ति की तिथि से 3 माह तक वैध)
(Valid for 3 months from the date of appointment)

नाम/Name			
बीमा संख्या/Ins. No.	नियुक्ति की तिथि/Date of appointment		
शाखा कार्यालय Branch Office	औषधालय Dispensary		
नियोजक की कूट संख्या व पता Employer's Code No. & Address			

स्वयं एवं परिचार का फोटोग्राफ (Space for photograph)

वैधता / Validity
दिनांक / Date

बीमाकृत व्यक्ति के ह./अंगूठे का निशान
Signature / Thumb Impression of I.P.

मोहर सहित शाखा कार्यालय प्रबंधक के हस्ताक्षर
Signature of B.M. with Seal

P.T.O

1. फार्म-1 का प्रेषण क.रा.बी. (साधारण) विनियमाली-1950 के विनियम 11 व 12 के अन्तर्गत विनियमित किया जाता है
Submission of Form-1 is governed by regulations 11 & 12 of ESI (General) regulations, 1950
2. परिवार का अर्थ है (1) पति/पत्नी (2) बीमाकृत व्यक्ति की आय पर आश्रित वैध अथवा गोद लिया अवयस्क बच्चे/अविवाहित पुत्री (3) 21 वर्ष की आयु तक बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित गोद लिया हुआ वयस्क बच्चा यदि शिक्षा प्राप्त कर रहा हो (4)पूरी तरह बीमाकृत व्यक्ति की आय पर निर्भर अशक्त बच्चा (5) आश्रित माता-पिता क.रा.बी. अधिनियम की धारा-2 के अन्तर्गत परिभाषित और स्थानीय परिवारजन चिकित्सा देखरेख के हकदार है।
"Family" means all or any of the following relatives of the insured Person namely :-
(i) a spouse (ii) a minor legitimate or adopted child dependent upon the I.P. (iii) a child who is wholly dependent on the earnings of the I.P. and who is (a) receiving education, till he or she attains the age of 21 years (b) an unmarried daughter; (iv) a child who is infirm by reason of any physical or mental abnormality or injury and is wholly dependent on the earnings of the I.P. so long as the infirmly continues; (v) dependent parents (Please see Section 2 clause 11 of the ESI Act 1948 for details)
3. पहचान-पत्र अहस्तान्तरणीय है।
Identity Card is Non-transferable.
4. पहचान-पत्र गुम हो जाने की स्थिति में नियोजक/शाखा कार्यालय प्रबंधक को तत्काल सूचित किया जाये।
Loss of Identity Card be reported to Employer/Branch Manager immediately.
5. किसी प्रकार की गलत सूचना देने की स्थिति में क.रा.बी. अधिनियम-2948 की धारा-84 के तहत कानूनी कार्यवाही की जा सकती है।
Submission of false information attracts penal action under section 84 of ESI Act, 1948
6. नई नियुक्ति की स्थिति भली-भाँति भरा हुआ यह फार्म नियुक्ति के दस दिन के भीतर संबंधित स्थानीय कार्यालय में अवश्य ही प्रस्तुत किया जाना चाहिए। विलम्ब की स्थिति में नियोजक के विरुद्ध धारा-85 के तहत कानूनी कार्यवाही की जा सकती है।
This form duly filled in must reach the concerned Branch Office within 10 days of appointment of an Employee. Delay attracts penal action under section 85 of the Act, against employer.
7. बीमाकृत व्यक्ति अंशदायी शर्तें पूरी करने पर निम्नलिखित हितलाभ प्राप्त कर सकेगा (1) बीमारी हितलाभ (2) अस्थायी अपंगता (3) स्थायी अपंगता हितलाभ (4) आश्रित जन हितलाभ (5) प्रसूति हितलाभ (महिला कर्मचारी के लिए)
As an Insured Person you and your dependent family members are entitled to full medical care. The other benefits in cash include (1) Sickness Benefit (2) Temporary Disablement benefit (3) Permanent disablement Benefit (4) Dependents benefits and (5) Maternity Benefits (in case of women employees subject to fulfillment of contribution conditions.
8. अधिक जानकारी के लिए निगम की वेबसाइट www.esic.org.in को देखें या स्थानीय कार्यालय या क्षेत्रीय कार्यालय से संपर्क करें।
For more details please visit website of ESIC at www.esic.org.in or contact Regional office or Branch Office.

केवल शाखा में प्रयोग हेतु
For Branch Office Use Only

1. बीमा संख्या आबंटन की तारीख :
Date of Allotment of Ins. No. :
2. अ.प.प. जारी करने की तारीख
Date of Issue of TIC :
3. औषधालय का नाम/संख्या
Name/No. of Dispensary :
4. क्या अन्य चिकित्सा व्यवस्था उपलब्ध है ? यदि हाँ, तो उल्लेख करें :
Whether reciprocal Medical arrangements involved ? If yes, please Indicate

शाखा प्रबंधक के हस्ताक्षर
Signature of Branch Manager

क्र.सं. Sl.NO.	नाम Name	फार्म भरने की तिथि को आयु Date of Birth / Age as on date of filling from	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the Employee	क्या उसके साथ रह रहे हैं Whether residing With him/her ?		यदि नहीं तो आवास का स्थान दर्शाये If 'NO' State place of Residence	
				हाँ / Yes	नहीं / No	उपनगर / Town	राज्य / State
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							