



EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION

घोषणा पत्र DECLARATION FORM

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। फार्म के साथ पासपोर्ट आकार के दो फोटोग्राफ भी लगाए।
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.					
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/ M/U/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		
मोबाईल नं०			आधार नम्बर Adhaar No.		
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.			
© fu;kstd dk uke o iw.kZ irk @ Name and Address of the employer			
टेलीफोन नं० ई-मेल/ E-mail			

(ग) मृत्यु की स्थिति में नकद हितलाभ के भुगतान के लिए कराओ अधिनियम 1948 की धारा 71/ कराओ. (केन्द्रीय) नियम 1950 के नियम 56(2) के अन्तर्गत नामित के बारे में।
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 with in 15 days of such change.

नियोजक के हस्ताक्षर

Countersigned by the employer

(घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिजनों का विवरण

(D) Family Particulars of insured persons

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान

Signature/ T.I. of IP

हस्ताक्षर / सील

Signature with seal

क्र.सं. S. 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 है Whether residing with him/her?		यदि नहीं तो आवास का सीान दर्शाये If "No" State place of Residence	
				हाँ/Yes	नहीं/No	उपनगर/Town	राज्य/State

करा.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 परिवार का फोटोग्राफ (Space for photograph)

वैधता / Validity
दिनांक / Date

बीमाकृत व्यक्ति के ह. /अंगूठे का निशान
Signature/ Thumb impression of IP

मोहर सहित शाखा कार्यालय प्रबंधक के हस्ताक्षर

ई०एस०आई० फार्म भरने के लिए आवश्यक निर्देश

1. इस फार्म के साथ अपने बैंक पासबुक के प्रथम प्रष्ठ की छायाप्रति अथवा रद्द किये गये चैक (जिसमे खाता संख्या, खाता धारक का नाम बैंक का आई०एफ०एस०ई० कोड स्पष्ट लिखा होना चाहिए) संलग्न करें। यदि बैंक पासबुक के प्रथम प्रष्ठ की छायाप्रति में खाता संख्या और बैंक का आई०एफ०एस०ई० कोड स्पष्ट नहीं दिख रहा है तो उसे अलग से लिख दे ताकि अपलोड करने में असुविधा ना हो।
2. पासपोर्ट साइज ग्रुप फोटो की दो प्रतियाँ (एक प्रति को फार्म के नीचे की तरफ निर्धारित किये स्थान पर चिपका दें एवं दूसरी प्रति फार्म के ऊपर की तरफ स्टेपल कर दें।) यदि आप शादी शुदा नहीं है तो अपनी सिंगल फोटो की दो प्रतियाँ उपरोक्तानुसार संलग्न करें।
3. उपरोक्त फार्म के साथ स्वयं एवं सभी आश्रितों के आधार कार्ड की छायाप्रति संलग्न करनी अनिवार्य है।
4. उपरोक्त फार्म के ऊपर विभाग का नाम एवं अपना मोबाईल नम्बर लिखना भी अनिवार्य है।
5. उपरोक्त फार्म में अपने नजदीक के औषधालय (Dispensary) जहाँ से आपको ईलाज कराना है का नाम लिखना जरूरी है, इसके अभाव मे ई०एस०आई० कार्ड बनाना सम्भव नहीं हैं।
6. उपरोक्त फार्म पुर्ण रूप से भरकर तथा सभी ऊपरलिखित दस्तावेजों के साथ उपनल के ई०एस०आई० कार्यालय में नियुक्ति के 04 (चार) दिन के अन्दर जमा कराना अनिवार्य है। इसके अभाव में आपका उस महीने का ई०एस०आई० अंशदान जमा नहीं हो पायेगा।
7. यदि आपके माता-पिता आप पर आश्रित है तो तहसील से आपके पिता की आय के प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य है और यदि पिता जीवित नहीं है तो माता जी के आय प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करना जरूरी है।
8. उपरोक्त सभी छायाप्रतियाँ स्वयं द्वारा सत्यापित होनी आवश्यक है।
9. उपरोक्त के अलावा आपसे अनुरोध है कि आप अपना ई०एस०आई० कार्ड फार्म जमा करने के 7 दिन बाद इस कार्यालय से अवश्य प्राप्त कर ले।



ADDITION/DELETION IN FAMILY DECLARATION FORM
EMPLOYEE'S STATE INSURANCE CORPORATION
 (Regulation 15B)

Name of the Insured Person _____ -Insurance No.

I declare that the person/persons whose particulars are given below has/have now become/ceased to be member(s) of my family*.

Sl. No.	Name	Date of Birth	Reason(s) for change & date	Realtion-ship with the insured Person	Whether residing with him/her or not state		If no, where residing		Name of IMP/Disp. attached.
					Yes	No.	Distt.	State	

I hereby declare that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

Necessary changes may kindly be made in my Declaration Form submitted earlier.

Passport size photographs of the members who are added to family is/are enclosed.

Place.....

.....
Signature/thumb impression of the employee

Date.....

Name in Block letters _____

Particulars of the Employer:-

Name : Uttarakhand Purv Sainik Kalyan Nigam Ltd

Address : Andman Road, Garhi Cantt,
Dehradun -248003

Code No. 61000001490001001

Countersignatue of the employer

.....
Designation with Rubber Stamp

Note : "Family" means all or any of the following relatives of an Insured Person namely:-
 (i) a spouse (ii) a minor legitimate or adopted child dependant upon the I.P.; (iii) a child who is wholly dependant 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 dependant on the earnings of the I.P. so long as the infirmity continues; (v) dependant parents (Please see Section 2 clause 11 of the ESI Act 1948 for details)

*Please submit duly attested copy of the Birth/Death Certificate.

Mobile No:

शपथपत्र/घोषणापत्र

मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री.....
पता..... का निवासी हूँ।

और अपने हल्फ से निम्नलिखित बयान करता हूँ कि:-

1. मेरा ई0एस0आई0 बीमा संख्या है।
2. मैं.....कम्पनी/ठेकेदार के माध्यम से काम करता हूँ।
3. यह कि मेरी माता का नाम..... जिनका आधार नम्बर..... है।
4. यह कि मेरे पिता का नाम..... जिनका आधार नम्बर..... है।
5. मेरे माता-पिता किसी भी सरकारी/गैर सरकारी नौकरी पर कार्यरत नहीं है।
6. यह कि मेरे माता-पिता मेरे पर आश्रित हैं एवं उनकी आय के सभी स्रोतों से कुल मासिक आय है।
7. यह कि मैं अपने ई0एस0आई0 कार्ड में अपने माता-पिता का नाम दर्ज करवाना चाहता हूँ एवं मैं संबंधित विभाग के सभी नियमों व शर्तों की पालना करने का पाबंद रहूंगा।
8. यह की भविष्य में उपरोक्त कथन यदि असत्य पाया जाता है तो मेरे माता-पिता पर ई. एस.आई. द्वारा किए गए इलाज में व्यय धनराशि को नियमानुसार रिकवर किया जा सकता है एवं दण्डात्मक कार्रवाई भी की जा सकती है।

शपथकर्ता/कर्मचारी के हस्ताक्षर
फोन नम्बर

कम्पनी/नियोजक द्वारा हस्ताक्षर मोहर सहित

