



घोषणा पत्र DECLARATION FORM

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। फार्म के साथ पासपोर्ट आकार के दो फोटोग्राफ भी लगाए जाने चाहिए। फार्म भरने से पहले पीठ पृष्ठ पर दी गई हिदायतों को भली-भांति पढ़ लेना चाहिए। यह फार्म नि:शुल्क है।

To be filled in by the employee after reading instructions overleaf. Two Postcard Size photographs are to be attached with this form. This form is free of cost.

(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/Husband's Name					
4. जन्म तिथि/Date of Birth		दिन D	महीना M	वर्ष Y	5. वैवाहिक स्तर Marital Status
					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		
टेलीफोन नम्बर/ई-मेल नम्बर/e-mail address			टेलीफोन नम्बर/ई-मेल नम्बर/e-mail address		
शाखा कार्यालय Branch Office			औषधालय Dispensary		

(ख) नियोजक का विवरण

(B) EMPLOYER'S PARTICULARS

9. नियोजक की कूट संख्या Employer's Code No.			
10. नियुक्ति की तिथि Date of Appointment		दिन Day	महीना 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) Emplr's. Code No.			
ग) नियोजक का नाम व पूर्ण पता c) Name & address of the Employer			
टेलीफोन नम्बर/ई-मेल नम्बर/e-mail address			

(ग) मृत्यु की स्थिति में नकद हितलाभ 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 ब्योरे।

(C) Details of Nominee u/s 71 of ESI Act 1948/Rule 56(2) of ESI (Central) Rules, 1950 for payment of cash benefit in the event of death.

नाम /Name	संबंध/Relationship	पता /Address

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किया गया ब्योरा 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 भी देता/देती हूँ।

I hereby declare that the particulars given by me are correct to the best of my knowledge and belief. I undertake to intimate the Corporation any changes in the membership of my family within 15 days of such change.

नियोजक के प्रतिहस्ताक्षर

Counter signature by the employer

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठा निशान
Signature/T.I. of IP

हस्ताक्षर/सील

Signature with seal

(घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिजनों का विवरण/

(D) FAMILY PARTICULARS OF INSURED PERSON

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	फार्म भरने की तारीख को आयु Date of Birth/Age as on date of filling form	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the Employee	क्या उनके साथ रह रहे हैं Whether residing with him/her?		यदि नहीं तो आवास का स्थान दर्शाएं If 'No', state place of Residence	
				हाँ/Yes	नहीं/No	उप नगर/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 मास 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 एवम परिवार का फोटोग्राफ (Space for photograph)

वैधता:
Validity:

दिनांक :
Dated :

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
Signature/T.I. of I.P

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

**अनुदेश
INSTRUCTIONS**

1. फार्म-1 का प्रेषण क.रा.बी. (साधारण) विनियमावली-1950 के विनियम 11 व 12 के अन्तर्गत विनियमित किया जाता है।
Submission of Form-I 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 लिये अवयस्क बच्चे/अविवाहित पुत्री (3) 21 वर्ष की आयु तक बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित वैध अथवा गोद लिया हुआ व्यस्क 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 हैं।
"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).
3. पहचान-पत्र अहस्तान्तरणीय है।
Identity Card is Non-transferable.
4. पहचान-पत्र गुम होने की स्थिति में नियोजक/शाखा कार्यालय प्रबंधक को तत्काल सूचित किया जाए।
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-1948 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 में भली-भांति 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 हितलाभ (3) स्थायी अपंगता हितलाभ (4) आश्रित जन हितलाभ (5) प्रसूति हितलाभ (महिला कर्मचारी के लिए)।
As an Insured Person you and your dependant 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 benefit and (5) Maternity Benefit (in case of women employees) subject to fulfillment of contributory conditions.
8. अधिक जानकारी के लिये निगम के वेबसाइट www.esic.org.in को देखें या स्थानीय कार्यालय या क्षेत्रिय कार्यालय से सम्पर्क करें।
For more details please visit website of ESIC at www.esic.org.in or contact Regional office or Branch Office.

केवल शाखा कार्यालय 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 Disp. : _____
4.	क्या अन्य चिकित्सा व्यवस्था उपलब्ध है,? यदि हां, तो उल्लेख करें : Whether reciprocal Medical arrangements involved? If yes, please indicate:
प्रबन्धक के हस्ताक्षर Signature of Branch Manager	

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