



घोषणा पत्र DECLARATION FORM

फार्म-1/Form-1

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। फार्म के साथ पोस्टकार्ड 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 by employee after reading instruction overleaf. Two Postcard Size photographs to be attached with the form. This form is free of cost.

(क) बीमाकृत व्यक्ति के विवरण

(ख) नियोजक के विवरण

(A) INSURED PERSON'S PARTICULARS

(B) EMPLOYER'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 की तिथि Date of Birth		दिन Day	महीना Month	वर्ष Year	5. वैवाहिक प्रास्थिति 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 पता/ Branch Office			टेलीफोन नम्बर/ई-मेल पता/ Dispensary		

9. नियोजक की कूट संख्या Employer's Code No.			
10. नियुक्ति की तारीख 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 ब्यौरे 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 पता (c) Name & Address of the Employer			
टेलीफोन नम्बर/ई-मेल पता/e-mail address			

(क) 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 अंतर्गत नामित के ब्यौरे।
(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	नातेदारी/Relationship	पता/Address

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किए गए विवरण 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 हूँ/देती हूँ।

I hereby decalare 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.

सील सहित हस्ताक्षर
Signature with seal

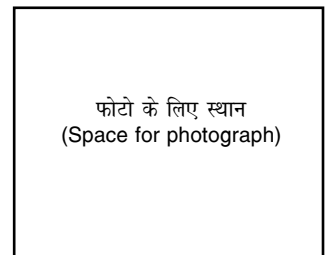
(घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिजनों का विवरण
(D) Family Particulars of Insured person

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	फार्म भरने की तारीख को आयु/जन्म-तारीख Date of Birth/Age as on date of filling form	कर्मचारी के साथ नातेदारी Relationship with the Employee	क्या उनके साथ रह रहे हैं? बताएं Whether residing with him/her.		यदि नहीं तो आवास का स्थान दर्शाएं If No' state Place of Residence	
				हाँ/Yes	नहीं/No	कस्बा/Town	राज्य/State

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

(नियुक्ति की तारीख से 3 महीने तक वैध)
(Valid for 3 month from the date of appointment)

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



वैधता
Validity

तारीख
Dated

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

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

अनुदेश

INSTRUCTIONS

- फार्म-1 का प्रेषण क.रा.बी. (साधारण) विनियम, 1950 के विनियम 11 व 12 के अंतर्गत विनियमित किया जाता है।
Submission of Form-I is governed by regulation 11 & 12 of ESI (General) Regulations, 1950
- “कुटुम्ब” से किसी बीमाकृत व्यक्ति के निम्नलिखित सभी अथवा कोई नातेदार अभिप्रेत है:-
अर्थात्:- (1) विवाहिती (2) बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित कोई धर्मज या दत्तक अवयस्क आश्रित बालक, (3) कोई बालक जो बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनो पर पूर्णतः आश्रित है तथा जो (क) शिक्षा प्राप्त कर रहा है, उनके 21 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने तक (ख) कोई अविवाहित पुत्री, (4) कोई बालक जो किसी शारीरिक अथवा मानसिक अपसामान्यता या चोट के कारण शिथिलांग है तथा शिथिलांगता रहने तक बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनो पर पूर्णतः आश्रित है, (5) आश्रित माता-पिता, (ब्योरे हेतु क.रा.बी. अधिनियम, 1948 की धारा 2 के खंड 11 को देखें)।
“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.
- पहचान-पत्र अहस्तान्तरणीय है।
Identity Card is Non-Transferable.
- पहचान-पत्र के गुम होने की स्थिति में नियोजक/शाखा प्रबंधक को तत्काल सूचित किया जाए।
Loss of Identity Card be reported to Employer/Branch Manager immediately.
- 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.
- नई नियुक्ति की स्थिति में भली-भांति भरा हुआ यह फार्म नियुक्ति के दस दिन के भीतर संबंधित शाखा 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.
- बीमाकृत व्यक्ति होने के नाते आप व आपके परिवार के आश्रितजन चिकित्सा हितलाभ प्राप्त कर सकेंगे। अन्य नकद हितलाभ हैं, (1) बीमारी हितलाभ (2) अस्थायी अपंगता हितलाभ (3) स्थायी अपंगता हितलाभ (4) आश्रितजन हितलाभ (5) प्रसूति हितलाभ (महिला कर्मचारी के लिए)।
As an insured person you and your dependant family membes are entitled to full medical care. The other benefits in cash include (1) Sickness Benefit (2) Temporary Disablement benefit (3) Permanent disablement Benefit (4) Dependants benefit and (5) Maternity Benefit (in case of woman employees) subject of fulfillment of contributory cnditions.
- अधिक जानकारी के लिये कृपया निगम के वेबसाइट को देखें या शाखा कार्यालय या क्षेत्रीय कार्यालय से संपर्क करें।
For more details please contact 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

- बीमा संख्या आवंटन की तारीख :
Date of allotment of Ins. No. : _____
- अस्थायी पहचान पत्र जारी करने की तारीख :
Date of Issue of T.I.C. : _____
- औषधालय का नाम/संख्या :
Name /No. of Dispensary : _____
- क्या अन्योन्य चिकित्सा व्यवस्था उपलब्ध है? यदि हां, 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 तारीख को आयु/जन्म-तारीख Date of Birth/Age as on date of filling form	कर्मचारी के साथ नातेदारी Relationship with the Employee	क्या उनके साथ रह रहे हैं? बताएं Whether residing with him/her.		यदि नहीं, तो आवास का स्थान दर्शाएं If No, state Place of Residence	
				हाँ/Yes	नहीं/No	कस्बा/Town	राज्य/State