THE SIC STATE OF THE STATE OF T

घोषणा पत्र Declaration Form

फार्म-1 Form-1

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। फार्म के साथ पासपोर्ट आकार के दो फोटोग्राफ भी लगाए जाने चाहिये। फार्म भरने से पहले पीठ पृष्ठ पर दी गई हिदायतों को भली भांति पढ़ लेना चाहिये। यह फार्म निःशुल्क है। To be filled by employee after reading instruction overleaf. Two Passport Size photographs to be attached with the form. This form is free of cost.

| | u त व्यक्ति के 1 ED PERSON | वेवरण | | | 3 1166 | or cost. | | | | , | | | जक ₋ OYE | | | ICUL | ARS | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------|---|-----------|---|--------------------|---|------------------------|-----------------|----------|-------|-------------------|------------------|---------|-----------------------------|------------|-------------|
| । बीमा संख्य | T/ Insurance N | 0 | | | | | | | • | 9, नियोजक की कूट सं0 Employer's Code No. | | *************************************** | | | | | | | | | | |
| 2.नाम (स्पष Name (in | ट अक्षरों में) block letters) | | | | | | | • | | 10 . नियुक्ति की तारीख Date of A ppointmen | <u> </u> | वि Da | | 1 | | | ोना nth | n | | | र्ष ear | |
| 3.पिता/पति Father/Hu | का नाम ısband's Name | | | | | | | | | | <u>।</u> ायोजक | का न | ाम औ | र पत | · / N | lame | & Ac | idres | s of | the E | mplo | yer |
| 4 .जन्म तिथि | ī/Date of Birti | h दिन Day | महीना Month | वर्ष Year | 5.वैवारि प्रासि Mar Stat | थति tial us | 31 N | वाहित/ विवाहित/वि [:] /U/W | धवा | | | | | | | | | | | | | _ |
| 7 . वर्तमान प | ाता /Present | Addres | s | 8.3 | | <u> / Sex</u> ता / Pem | | ./म. M/F ent Addres | s | 12.₹ | पदि पह | ले नि | योजन | 1 में र | हे हैं त | ो कृप | या नि | म्नलि | खित | ब्यौरे | दीजि | |
| | | | | : | | | | | | as u | ase of inder: | - | | | em | oloyn | ent p | lease | e fill | up the | deta | ails. |
| | | | | | | | | | _ | a) P | पेछली व Previou | us ir | <u> 18. N</u> | 0. | | | | | | | | |
| पेन कोड Pin Code | | | | | कोड | | | | | b)E | नेयोजव Emplo | yer ¹ | s coc | le N | | | | | | | | |
| | बर/ई–मेल पत | ⊺/e-ma | il addres | | Code [।] फोन नम् | बर/ई-मेल | पत | T/e-mail ad | dress | | नेयोजव Name | | | | | e Em | ploy | er | | | | |
| शाखा कार्या Branch Of | | | | | षधालय pensa | ту | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ो स्थिति में नक ils of Nomin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | नाम / Nar | ne | | | नाते | दारी/ Rel | atio | onship | | | | | | पता/ | Add | ress | | | | | | |
| I hereby d in the mer नियोजक व Counter : सील सहित Signature | स्तुत करने का व eclare that th mbership of m के प्रति हस्ताक्षर signature by ा हस्ताक्षर e with seal कृत व्यक्ति के पा | e partion ny famil ny the er | culars gively with in | ven by 15 dag | me are | correct to | o th je. | e best of m | iy knowl | edge a | and bel | ieve, | l unc | | | ٠ | | हस्ता | क्षर/ | ion ar अंगूठा re/T.I. | निशान | न |
| (D) FAM | ILY PARTIC | ULAR | S OF IN | ISUR | | | | कर्मचारी वे | रे गाश ना | वेटा ज ी | क्या र | उनके | माध | रह रहे | | गरि | नहीं | | | हा स्था | | |
| क्रं.सं. SI. No. | नाम / Na | ame | D | आन् आ ate of date | अयु/जन्म तिथि Relati | | | | ship wit | h the Wh | | उनुके साथ रह रहे है? बताए nether residing h him/her, say | | If 'No' State p | | | lace of Residence | | | | | |
| 1. | | | _ | | | | | | | | हाँ / Y | es | नह | No | + | कस्ब | ∏ / To | wn | | राज्य / | Stat | <u>e</u> |
| 2. 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | • | | \perp | | | |
| 4. 5. | | | | | | | | | | | | | | | + | | | | + | | | |
| 6. 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | स्थायी पहर mporary | | ਧਕ entity Card | 1 | | | | (valid | | | | | | | तक वै of app | | men |
| नाम/ Nar | ne | | | | , | | | | | | | | | | , | | | | | | | |
| बीमा सं/। | ns. No. | <u>.</u> | | | | | ोख | /Date of ap | pointme | nt | | | | | | | | | | _ | | |
| शाखा का Branch (| | | | | | घालय pensary | | | | | | | | | | | | हे लिए or pho | | | | |
| नियोजक Employe | की कूट संख्या r's Code No. र | व पता & Addre | ess | | | | | | · | | | | | | | | | | | | | |

अनुदेश / INSTRUCTIONS

- 1. फार्म ;। का प्रेषण क रा.बी. (साधारण) विनियम, 1950 के विनियम 11 व 12 के अंतर्गत विनियमित किया जाता है। Submission for form-1 is governed by regulations 11 & 12 of ESI (General) Regulations, 1950.
- 2. ''परिवार का अर्थ है'' से किसी बीमाकृत व्यक्ति के निम्नलिखित सभी अथवा कोई नातेदार अभिप्रेत है :- अर्थात :- (1) विवाहिती (2) बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित कोई धर्मज या दत्तक अवयस्क आश्रित बालक (3) कोई बालक जो बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनों 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 असामान्यता या चोट के कारण शिथिलांग है तथा शिथिलांग रहने तक बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनों पर पूर्णतः आश्रित हैं, (5) आश्रित माता—पिता (ब्यौरा हेतु क.रा.बी. अधिनियम 1948 की धारा 2 को देखें) चिकित्सा देख—रेख के हकदार है। "Family means all or any of the following relatives of an 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 inform by reason of any physical or mental abnormality or injury and is wholly dependent on the earning of the I.P. so long as the infirmity

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-Transferrable.
- 4. पहचान पत्र के गुम होने की स्थिति में नियोजक/शाखा प्रबन्धक को तत्काल सूचित किया जाए। Loss of identity card be reported to Employer/Branch Manager Immediately.
- 5. किसी प्रकार की गलत सुचना 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-भाँति भरा हुआ यह फार्म नियुक्ति के दस दिन के भीतर संबंधित शाखा कार्यालय में अवश्य ही प्रस्तुत किया जाना चाहिये।विलम्ब की स्थिति में नियोजक के विरुद्ध धारा–85 के तहत कानूनी कार्यवाही की जा सकती है। This form dully filled in must reach 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 व उसके परिवार के आश्रितजन अंशदायी शर्ते पूरी करने पर आज से चिकित्सा तथा निम्नलिखित हितलाभ प्राप्त कर सकते है।(1) बीमारी हितलाभ (2) अस्थायी नि:शक्तता हितलाभ (3) स्थायी नि:शक्तता हितलाभ (4) आश्रितजन हितलाभ (5) प्रसूति हितलाभ (महिला कर्मचारी के लिए)।

As an insured person you and your dependent family member 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 fulfilment of contributory conditions.

अधिक जानकारी के लिये कृपया निगम के वेबसाइट (www.esic.org.in) को देंखे या शाखा कार्यालय या क्षेत्रीय कार्यालय से सम्पर्क करें। For more detail please contact website of ESIC at www.esic.org.in or contact Regional Office or Branch Office.

केवल शास्त्रा कार्चालय में प्रयोग हेतु FOR BRANCH OFFICE USE ONLY

- (i.) बीमा संख्या आबंटन की तारीख :-Date of allotment of Ins. No.
- (ii) अ.पह.पत्र जारी करने की तारीख :--Date of issue of T.I.C.
- (iii) औषधालय का नाम/संख्या :--Name/No. of Disp.:
- (iv) क्या अन्य चिकित्सा व्यवस्था उपलब्ध है? यदि हाँ तो उल्लेख करें :-Whether reciprocal Medical arrangement involved. If yes, please indicate.

शाखा प्रबन्धक के हस्ताक्षर

| क्रं.सं. Sl. No. | नाम / Name | फार्म भरने की तारीख को आयु/जन्म तिथि Date of Birth/Age as on date if filling form | कर्मचारी के साथ नातेदारी Relationship with the Employee | क्या उनुके है? Whethe with him | साथ रह रहे बताए r residing n/her, say | यदि नहीं तो आवास का स्थान दर्शाएं If 'No' State place of Residence | | | |
|---------------------|------------|--|---|---|--|---|---------------|--|--|
| | | | | हाँ / Yes | नहीं/ No | कस्बा / Town | राज्य / State | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |