



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
(A) INSURED PERSON'S PARTICULARS

(ख) नियोजक के विवरण
(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
					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 ब्योरे 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 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	नातेदारी/Relationship	पता/Address

मैं एतद्द्वारा 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	

फोटो के लिए स्थान
(Space for photograph)

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

