



घोषणा पत्र DECLARATION FORM

फार्म-1
FORM-1

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भर जाएगा। फार्म के साथ पासपोर्ट आकार के दो फोटोग्राफ भी लगाये जाने चाहिए। फार्म भरने से पहले पत्र पर दिये गये निर्देशों को ध्यान से 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. स्थाई पता/ Permanent Address | | |
| पिनकोड Pin Code | | | पिनकोड Pin Code | | |
| टेलीफोन नंबर/ई-मेल नंबर/e-mail address | | | टेलीफोन नंबर/ई-मेल नंबर/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 दर्शाएं In case of any previous employment please fill up the detail as under:- | | | | |
| क) पिछली बीमा संख्या a) Previous Ins. No. | | | | |
| ख) नियोजक कूट संख्या b) Employer's Code No. | | | | |
| ग) नियोजक का नाम व पूर्ण पता c) Name & address of the Employer | | | | |
| टेलीफोन नंबर/ई-मेल नंबर/e-mail address | | | | |

(ग) मृत्यु की दिवस में मकद 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 व्यक्ति।
(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 व्यौरा 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

हस्ताक्षर/सील

Signature with seal

Manager

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

(घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिवारियों का विवरण

(D) FAMILY PARTICULARS OF INSURED PERSON

| क्र.सं. S.No. | नाम Name | फार्म भरने की तारीख को आयु Date of Birth/Age 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 | |
|------------------|-------------|---|--|--|---------|--|-------------|
| | | | | हां/Yes | नहीं/No | उपनाम/Town | राज्य/State |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |

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 | | |

(स्वर्च एवं परिवार का फोटोग्राफ)
(Space for photograph)

वैधता:
Validity:

दिनांक:

Dated:

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

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

Please print / fill only areas marked x