



घोषणा पत्र DECLARATION FORM

फार्म-1
FORM - I

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) ANKIT YADUVANSHI					
3. पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name RAKESH KUMAR YADAV					
4. जन्म तिथि/Date of Birth	दिन D	महीना M	वर्ष Y	5. वैवाहिक स्तर Marital Status	विवाहित/ अविवाहित/विधवा M/U/W
	01	01	1992	6. लिंग /Sex	पुरुष M/F
7. वर्तमान पता/Present Address SVR Textex, B block 804, Balagera varthur			8. स्थायी पता/ Permanent Address P.No. - 45, D.K. Nagar Khatipura Road, Jhotwara, Jaipur		
पिन कोड Pin Code 560087			पिन कोड Pin Code 302012		
टेलीफोन नम्बर/ई-मेल नंबर/e-mail address 8123808269					
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 नंबर/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 व्योरे।

(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
Rakesh Kumar Yadav	Father	P.No. - 45, D.K. Nagar, Jhotwara, Jaipur - 302012

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किया गया व्योरा 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

Ankit.
बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगुठा 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 दर्शाए If 'No', state place of Residence
1.				हाँ/Yes	उप नगर/Town
2.	Rakesh Kumar	60	Father	<input checked="" type="checkbox"/>	Jaipur
3.	Yashoda Yadav	53	Mother	<input checked="" type="checkbox"/>	Jaipur
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	

वैधता:

Validity:

दिनांक :

Dated :

Ankit.
बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगुठा निशान
Signature/T.I. of I.P

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

स्वयं एवम परिवार का फोटोग्राफ
(Space for photograph)