

KB,Ch-40/07/03/40,000 Copies  
दो प्रतियों में  
In Duplicate

प्रपत्र Form-3



कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
घोषणा पत्र विवरणी Return of Declaration Form  
(विनियम Regulation 14)

कारखाने व प्रतिष्ठान का नाम व पता \_\_\_\_\_  
Name & Address of the  
Factory or Establishment

नियोजक की कूट संख्या  
Employer's Code No.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

मैं इसके साथ नीचे दिये हुए कर्मचारियों के घोषणा पत्र आपकी सेवा में प्रेषित कर रहा हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 की धारा 2 (9) की परिभाषा के अन्तर्गत प्रत्येक कर्मचारी जो इस कारखाने या प्रतिष्ठान में दिनांक \_\_\_\_\_ को कार्य कर रहे हैं और 6500/- से अधिक पारिश्रमिक (अतिरिक्त कार्यकाल को छोड़कर) प्रतिमाह नहीं पा रहे इस सूची में सम्मिलित कर लिया गया है (केवल उन्हें छोड़कर जिनके घोषणा पत्र निगम को पहले भेजा जा चुका है)

I herewith send the Declaration Forms in respect of the employees mentioned below and hereby declare that every person employed as an employee within the meaning of section 2(9) of the Employees State Insurance Act., 1948 on \_\_\_\_\_ in this factory or establishment and is in receipt of remuneration not exceeding Rs.6,500/- (excluding remuneration for overtime work) per month has been included in this list (excepting those in respect of whom declarations have been sent to the Local Office, ESI Corporation earlier.)

स्थान Place

हस्ताक्षर Signature \_\_\_\_\_

दिनांक Date

पदनाम Designation \_\_\_\_\_

FORM-3(CONTINUATION SHEET)

प्रपत्र-3 (अनुवर्ती कागज)  
FORM-3(CONTINUATION SHEET)



कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**

