

बीमारी हितलाभ/अस्थाई निःशक्ता हितलाभ/प्रसूति हितलाभ से संबंधित प्रविरति (अनुपस्थिति) का सत्यापन ।

ABSTENTION VERIFICATION IN RESPECT OF SICKNESS BENEFIT/
TEMPORARY DISABLEMENT BENEFIT/MATERNITY BENEFIT**कर्मचारी राज्य बीमा निगम****EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**

(विनियम 52 क) (Regulation 52-A)

महोदय / From

प्रबंधक / The Manager,

शाखा कार्यालय / Branch Office

कर्मचारी राज्य बीमा निगम / E.S.I. Corporation,

सेवा में / To

मैसर्स / M/s. _____

विषय : श्री/श्रीमती/कुमारी.....बीमा संख्या.....
विभाग.....की कार्य से प्रविरति (अनुपस्थिति) का सत्यापन ।

Subject : Verification of abstention from work in respect of Sh./Smt./Km. _____

Ins. No. _____ Department _____

महोदय,

आपके कारखाने के उक्त नाम वाले कर्मचारी ने.....से.....तक की कालावधि के लिए असमर्थता का प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया है और यह घोषणा की है कि उसने उपर्युक्त कालावधि के दौरान काम नहीं किया है ।

उसने पुनः यह घोषणा भी की कि उसने किसी छुट्टी/अवकाश/साप्ताहिक छुट्टी/कामबंदी तथा हड़ताल जैसा कि क. रा.बी.अधिनियम, 1948 की धारा 2(22) में परिभाषित है के संबंध में किसी भी दिन के लिए उपर्युक्त अवधि के दौरान मजदूरी प्राप्त नहीं की है तथा उपर्युक्त अवधि में वह हड़ताल पर नहीं था/थी ।

इस प्ररूप की प्राप्ति के दस दिन के भीतर आप संलग्न प्ररूप पर पुष्टि कर दें तो मैं आपका आभारी रहूँगा ।

Dear Sir(s)

The above named employee of you factory has submitted a certificate of incapacity for the period from _____ to _____ and has declared that he/she has not worked on any day during the above period.

He/she has further declared that he/she has not received wages as defined under section 2(22) of ESI Act. 1948 for any leave/holiday/weekly off/lay off and strike in respect of any day during the above period and that he/she was not on strike on any day during the above period.

I shall be grateful if you confirm the exact position, in this regard, on the form, appended within 10 days of the receipt of this form.

भवदीय / Yours faithfully,

(प्रबंधक) / (Manager)

शाखा कार्यालय / Branch Office.

कृ.पृ.प./P.T.O

प्ररूप संख्या 10 का उत्तर नियोजक द्वारा दिया जाए

REPLY TO BE FURNISHED BY THE EMPLOYER IN RESPECT OF FORM NO.10

बीमाकृत व्यक्ति/बीमाकृत महिला का नाम/

Name of the Insured Person/Insured Woman _____

बीमा संख्या/Insurance No. _____

इस टिप्पणी के साथ वापस किया जा रहा है कि प्रश्नगत कर्मचारी ने.....से.....तक की कालावधि के दौरान किसी भी दिन काम नहीं किया है अथवा*से.....तक की अवधि में उन्होंने कार्य किया है।

Returned with the remarks that the employee in question has not worked on any day during the period from _____ to _____ or* that he/she has worked on _____ during the period from _____ to _____

इसके अतिरिक्त यह पष्टि की जाती है कि - / It is further confirmed that -

- (क) वह.....से.....तक की अवधि के लिए सवेतन छुट्टी पर था/थी।
 (a) He/she remained on leave with wages for the period from _____ to _____
 (ख) वह.....से.....तक सवेतन अवकाश पर था/थी।
 (b) He/she remained on holidays with wages from _____ to _____
 (ग) वह.....को सवेतन साप्ताहिक अवकाश पर था/थी।
 (c) He/she was on weekly off with wages for _____
 (घ) वह.....से.....तक सवेतन कामबंदी पर था/थी।
 (d) He/she was on lay-off with wages from _____ to _____
 (ङ) वह.....से.....तक हड़ताल पर था/थी।
 (e) He/she was on strike from _____ to _____

2. यदि, बीमाकृत व्यक्ति/बीमाकृत महिला को इसके पश्चात उपर्युक्त अवधि में किसी भी दिन के लिए कोई मजदूरी दी गई तो उसकी सूचना आपको दे दी जाएगी।

2. In case, the IP/IW is paid any wages for any of the days falling during the above mentioned period subsequently, the same will be notified to you in due course.

3. अनुपस्थिति के प्रथम दिन के पूर्ववर्ती दिन बीमाकृत व्यक्ति/बीमाकृत महिला के लिए अवकाश *था/नहीं था।

3. The day proceeding the first day of absence was*/was not a holiday for the Insured Person/Insured Woman.

तारीख / Date : _____

हस्ताक्षर/Signature _____

साफ अक्षरों में नाम और पदनाम/Name in block letter & Designation _____

कूट संख्या/Code No. _____

*जो लागू न हो उसे काट दें।

* Strike out if not applicable