

प्रस्तुत करने के लिए नियत तारीख :

12 मई/11 नवम्बर*

*Due Date for submission :-

12th May/11th November*

शाखा कार्यालय का नाम

Name of Branch Office _____

नियोजक कूट संख्या

Employer's Code No. _____

अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(विनियम 26) / (Regulation 26)

कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता

Name & Address of the factory or establishment : _____

प्रधान नियोजक के विवरण :

Particulars of the Principal employer(s)

a) नाम / Name : _____

b) पदनाम / Designation : _____

c) आवासीय पता / Residential Address : _____

अंशदान अवधि / Contribution Period from _____ तक / to _____

मैं निम्नलिखित व्यक्तियों के संबंध में, अंशदान के, नियोजक व कर्मचारी हिस्से के ब्योरे नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणी में उस प्रत्येक कर्मचारी को शामिल किया गया है जिसे कारखाना/स्थापन में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना/स्थापन के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या तैयार माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या अव्यवहित नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है तथा जिस पर विवरणी से संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी भाग के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा सही तरह से कर दी गयी है :-

I furnish below the details of the Employer's and Employee's share of contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes each & every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory/establishment or any work connected with the administration of the factory/establishment or purchase of raw materials, sale or distribution of finished products etc. to whom the ESI Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return related and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

कर्मचारी का हिस्सा / Employees' Share _____

नियोजक का हिस्सा / Employer's Share _____

कुल अंशदान / Total Contribution _____

चालानों के ब्योरे / Details of Challans :-

क्र.सं Sl.No.	माह / Month	चालान की तारीख Date of Challan	राशि / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank & Branch
1				
2				
3				
4				
5				

अदा की गई कुल राशि : _____ रुपए

Total amount paid : Rs. _____

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर / Signature & Designation of the Employer

(रबड़ की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp)

महत्वपूर्ण अनुदेश : "अभ्युक्ति कॉलम (संख्या 9)" में दी जाने वाली सूचना

Important Instructions : Information to be given in "Remarks Column (No.9)"

- यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और/या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ जाता है तो "नियुक्त.....(तारीख)" और या छोड़ गया.....तारीख" लिखें।
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and/or "L.....(date)".
- कृपया बीमा संख्या आरोहीक्रम में लिखें।
Please indicate Insurance Nos. in ascending order.

- अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4, 5 व 6 में दिए जाएं।
Figures in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4, 5 व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से किया जाए।
Invariably strike totals of Column 4, 5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई शोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरण के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरण के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों को कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

*31 मार्च को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई

For *CP ending 31st March, due date is 12th May

30 सितंबर को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 11, नवम्बर

For CP ending 30th September, due date is 11th November

कर्मचारी राज्य बीमा निगम / EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

नियोजक का नाम व पता _____

Employer's Name and Address _____

नियोजक कूट संख्या _____ अवधि _____ से _____ तक

Employer's Code No. _____ Period from _____ to _____

क्र. सं. S. No.	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिनके लिए मजदूरी की अदायगी की गई है No. of days for which wages paid	अदा की गई मजदूरी की कुल राशि (रुपए) Total amount of wages paid (Rs.)	काटा गया कर्मचारी अंशदान (रुपए) Employee's contribution deducted (Rs.)	औसत दैनिक मजदूरी (रुपए) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अभी भी कार्य कर रहा है? Whether still continues working	डिस्पेन्सरी / अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
TOTAL								

*अभ्युक्ति कॉलम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।

*Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of the Employer

(कार्यालय प्रयोग के लिए / FOR OFFICIAL USE)

- हकदारी स्थिति चिह्नित।
Entitlement position marked
- विवरण के कॉलम-5 के जोड़ चैक किए और सही/सही राशि दर्शायी गयी है।
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct/correct amount is indicated
- नियोजक/कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।
प्रेक्षण-ज्ञापन संलग्न है।
Checked the amount of Employer's / Employee's contribution paid which is in order / observation memo enclosed

प्रतिहस्ताक्षर / Counter Signature _____

उ.श्रे.लि
U.D.C.

मुख्य लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer