

बीमारी के लिए प्रसूति हितलाभ/अस्थायी निःशक्तता/बीमारी प्रसुविधा के लिए दावा

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

(विनियम 63 और 89ख)

मैं.....पुत्र/पत्नी/पुत्री.....बीमा संख्या.....पीठ पृष्ठ पर लिखित अवधि हेतु नकद हितलाभ का दावा करता हूँ/करती हूँ और कथन करता हूँ/करती हूँ कि :-

- (1)* बीमारी/अस्थाई निःशक्तता/गर्भावस्था/प्रसव/समय-पूर्व संतान के जन्म/गर्भपात द्वारा बीमारी के कारण.....से काम नहीं किया है।
- (2)* मैं, अब.....से बीमारी/अस्थायी रूप से निःशक्तता/गर्भावस्था/प्रसव/समयपूर्व संतान के जन्म/गर्भपात के कारण रोगी होने का दावा नहीं करता हूँ/करती हूँ और उस दिन के पहले पारिश्रमिक के लिए मैं कोई काम नहीं करूँगा/करूँगी/मैंने नहीं किया है।
- (3)* मैंने छुट्टी/अवकाश की अवधि के लिए कोई मजदूरी प्राप्त नहीं की है।
- (4)* मैंने बीमारी / अस्थाई निःशक्तता की प्रमाणित अनुपस्थिति की अवधि अर्थात् से तक जिसके संबंध में दावा किया गया है, मैं हड़ताल पर नहीं था/थी।

मैं चाहता हूँ / चाहती हूँ कि संदाय शाखा कार्यालय में *नकद किया जाए/मनीआर्डर से किया जाए।

दावेदार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

साफ अक्षरों में नाम _____

पता _____

महत्वपूर्ण :

- 1) कोई व्यक्ति, चाहे अपने लिए या किसी अन्य व्यक्ति के लिए, प्रसुविधा अभिप्राप्त करने के प्रयोजन से मिथ्या कथन या मिथ्या व्यपदेशन करेगा, 6 महीने तक का कारावास अथवा 2000/- रुपए तक जुर्माना अथवा दोनों ही दंड दिए जा सकते हैं।
- 2) यह प्ररूप पूरा करके समुचित शाखा कार्यालय को अविलम्ब भेज दिया जाना चाहिए।
- 3) फिर से काम पर जाने से पहले अंतिम प्रमाण - पत्र अवश्य अभिप्राप्त किया जाना चाहिए।

*जो लागू न हो उसे काट दे।

CLAIM FOR SICKNESS / T.D.B. / MATERNITY BENEFIT FOR SICKNESS

**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Regulation 63 & 89-B)**

I _____ Insurance No. _____ s/w/d of _____ hereby claim Cash Benefit for period over leaf and state

- (i)* That because of sickness / temporary disablement / sickness due to pregnancy / confinement / premature birth of child / miscarriage. I have not been at work since _____.
- (ii)* I no longer claim to be sick / temporary disabled / sick due to pregnancy / confinement / premature birth of child / miscarriage from _____ and I shall / did not take up any work for remuneration before that date.
- (iii)* I have not been in receipt of any wages for the days of leave / holiday(s).
- (iv)* I was not on strike during the period of certified abstention on account of sickness / temporary disablement i.e. from _____ to _____ for which the benefit is claimed.

I desire payment in *cash at Branch Office / By Money order.

Signature or T.I. of claimant

Name in Block Letters _____

Address _____

Notes :

- 1) Any person who makes false statement or misrepresentation for the purpose of obtaining benefit whether for himself / some other person shall be punishable with imprisonment upto 6 months or fine up to Rs.2,000/- or both.
- 2) This form should be completed and submitted WITHOUT DELAY to the appropriate Branch Office.
- 3) A final certificate must be obtained before resuming work.

*Strike out if not applicable.