



बीमारी हितलाभ/अस्थाई अपंगता हितलाभ/प्रसूति हितलाभ
से संबंधित प्रविरति (अनुपस्थिति) सत्यापन

ABSTENTION VERIFICATION IN RESPECT OF SICKNESS BENEFIT/
TEMPORARY DISABLEMENT BENEFIT/MATERNITY BENEFIT

उप-क्षेत्रीय कार्यालय, बैरकपुर
SUB-REGIONAL OFFICE, BARRACKPUR
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(विनियम 52क)/(Regulation 52-A)

प्रेषक,
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 सत्यपन।

Subject : Verification of abstinence from work in respect of Sh./Smt./Km. _____
Ins. No. _____ Department _____

महोदय,

Dear Sir(s)

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।

The above named employee of your 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.

उसने पुनः यह घोषणा भी की है कि उसने किसी छुट्टी/अवकाश/साप्ताहिक छुट्टी/कामबंदी तथा हड़ताल जैसा कि क.रा.बी.अधिनियम, के अंतर्गत १९४८ की धारा २(२२) 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।

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.

इस प्रारूप की प्राप्ति के दस दिन के भीतर आप सलग्न प्रारूप पर पुष्टि कर दें तो मैं आपका आभारी रहूँगी।
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

प्रारूप 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 _____

बीमा संख्या _____

Name of the Insured Person/Insured Woman _____

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 It is further confirmed that -

इसके अतिरिक्त यह पुष्टि की जाती है कि -

(क) वह _____ से _____ तक की अवधि के लिए 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 for _____ to _____

(ङ) वह _____ से _____ तक हड़ताल पर था/थी।

(e) He/she was no strike from _____ to _____

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

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

ग) 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 _____

फूट संख्या _____

Code No. _____

*जो लागू न हो उसे काट दें।

*Strike out if not applicable