



कर्मचारी राज्ज बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

क. रा. बी. निगम अधिनियम के अधीन व्याप्त कारखाने/स्थापन की वार्षिक सूचना का प्रारूप
**FORM OF ANNUAL INFORMATION ON FACTORY/ESTABLISHMENT COVERED UNDER
ESI ACT**

(विनियम 10-ग/Regulation 10-C)

नियोजक कूट संख्यांक / Employer's Code No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. कारखाने/स्थापन का नाम
Name of the Factory/Establishment

2. कारखाने/स्थापन का पूरा डाक पता
*Complete Postal address of the
Factory/Establishment*

पिन/Pin

3. (क) दूरभाष संख्या, यदि है/Telephone No. if any

(ख) फैक्स संख्या, यदि है/Fax No., if any

(ग) ई-मेल पता, यदि है/E-mail address, if any

4. कारखाने/स्थापन की अब स्थिति/Location of Factory/Establishment

(क) राज्ज (a) State _____ (ख) जिला (b) District _____

(ग) नगरपालिका/वार्ड

(c) Municipality/Ward

(घ) कस्बा/राजस्व गांव का नाम

(d) Name of Town/Revenue Village _____ (तालुका/तहसील)(Taluk, Tahsil) _____

(ड) पुलिस थाना (e) Police Station _____

(च) राजस्व सीमांकन/हदबस्त संख्या (f) Revenue Demarcation / Hudbasy No. _____

5. बैंक खाते के बारे/Details of Bank A/c.

(ख) बैंक तथा शाखा का नाम/(b) Name of Bank and Branch

(क) लेखा संख्या/(a) Account No. _____ (i) _____

(ख) लेखा संख्या/(b) Account No. _____ (ii) _____

(ग) लेखा संख्या/(c) Account No. _____ (iii) _____

6. (क) आयकर पैन/जी. आई. आर. संख्या/(a) Income tax PAN / GIR No. _____

(ख) आयकर वार्ड/सर्कल/क्षेत्र / (b) Income tax Ward/Circle/ Area _____

7. (क) कारखाने के मामले में क्या लाइसेंस

कारखाना अधिनियम, 1948 की धारा 2 (ड)

(i) अथवा 2 (ड) (ii) के अधीन किया गया है

(a) In case of factory whether Licence issued
Under Section 2(m) (i) or 2(m) (ii) of the
Factories Act, 1948.

(ख) शक्ति (पावर) कनेक्शन संख्या

(c) Power connection No.

: संख्या/No.

स्वीकृत शक्ति भार/
Sanctioned power load

जारीकर्ता प्राधिकारी/
Issuing Authority

8. (क) क्या यह एक सार्वजनिक अथवा निजी लिमिटेड कम्पनी/साझेदारी/मालिकाना/सहकारी/सोसाइटी/स्वामित्व है (संस्था के सीमा नियम और अंतर्नियम/साझेदारी-विलेख/संकल्प की प्रतिलिपि संलग्न करें)
(a) Whether it is Public or Private Ltd. Company/ Partnership/Proprietorship/Co-operative Society/Ownership (attach copy of Memorandum & articles of Association/Partnership Deed/Resolution).

(ख) वर्तमान मालिक/प्रबन्ध निदेशकी, निदेशक/प्रबन्ध साझेदार, साझेदार/सहकारी सोसाइटी के सचिव का नाम, वर्तमान तथा स्थाई आवासीय पता लिखें

(b) Give name present & permanent residential address of present Proprietor/Managing Directors. Director/Managing Partners, Partners/Secretary of the Co-operative Society.

	:	<u>नाम/Name</u>	<u>पदनाम/Designation</u>	<u>पता/Address</u>
		i)		
		ii)		
		iii)		
		iv)		
		v)		
		vi)		
		vii)		

9. पंजीकृत कार्यालय/मुख्य कार्यालय/शाखा कार्यालय/विक्री कार्यालय/प्रशासनिक कार्यालय/अन्य कार्यालय यदि कोई हो, का / के पता (पते) तथा ऐसे प्रत्येक कार्यालय से संबन्ध कर्मचारियों की संख्या तथा कार्यालय के लिए उत्तरदायी व्यक्ति
Address(es) of the Registered Office/Head Office/Branch Office/Sales Office/Administrative Office/other offices if any, with no. of employees attached with each such office and person responsible for the office.

<u>वर्तमान पता/ Address as on day</u>	<u>कर्मचारियों की संख्या/ No. of employees</u>	<u>दूरभाष संख्या/कार्य फैक्स संख्या Phone No./Fax No.</u>	<u>कार्यालय के दैनिक कार्य के लिए उत्तरदायी व्यक्ति Person responsible for day to day - functioning of the office</u>
---	--	---	---

(अपेक्षित होने पर विवरण पृथक शीट पर दें)
(give details on a separate sheet, if required)

10. (क) क्या कोई कार्य/कारबार ठेकेदार/अव्यवहित नियोजक के माध्यम से कराया गया है।

(a) Whether any work/business carried out : _____
through contractor/immediate employer

(ख) यदि हाँ तो ऐसे कार्य/कारबार के स्वरूप का उल्लेख करें

(b) If yes, give nature of such work / business : _____

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण मेरी अधिकतम जानकारी तथा विश्वास के अनुसार सही है। मैं कोई परिवर्तन होने की स्थिति में उसकी सूचना परिवर्तन होने के पश्चात यथाशीघ्र तत्परतपूर्वक क्षेत्रीय कार्यालय / उप क्षेत्रीय कार्यालय, क. रा. बी. निगम को देने का भो वचन देता हूँ।

I hereby declare that the statement given above is correct to the best of my knowledge and belief I also undertake to intimate charges. If any, promptly to the Regional Office / Sub Regional Office, ESI Corporation as soon as such changes take place.

तारीख/Date

नाम व हस्ताक्षर/Name & Signature _____

स्थान/Place

सील सहित पदनाम/Designation with seal _____

(क. रा. बी अधिनियम की धारा 2(17) के अधीन-प्रधान नियोजक ही हस्ताक्षर करें)
(Should be signed by principal employer u/s 2(17) of ESI Act)