



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
घोषणा पत्र विवरणी Return of Declaration Form
[विनियम Regulation 14]

दो प्रतियों में In Duplicate
प्रपत्र ३ Form 3

कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम तथा पता

Name & Address of factory or Establishment

नियोजक कूट संख्या

Employer's Code No.

--	--	--

मैं इनके साथ नीचे दिये हुए कर्मचारियों के घोषणा पत्र आपकी सेवा में प्रेषित करता हूँ। मैं एतद्द्वारा घोषित करता हूँ कि मैं कर्मचारी राज्य बीमा निगम अधिनियम १९४८ की धारा २(९) की परिभाषा के अन्तर्गत प्रत्येक कर्मचारी जो इस कारखाने या प्रतिष्ठान में दिनांक को कार्य कर रहे हैं और रु १०,०००/- से अधिक पारिश्रमिक (अतिरिक्त कार्यकाल का पारिश्रमिक छोड़कर) प्रतिमाह नहीं पा रहे हैं इस सूची में सम्मिलित कर लिया गया है (केवल उन्हें छोड़कर जिनके घोषणा पत्र निगम को पहले ही भेजे जा चुके हैं)

I send herewith Declaration Forms in respect of the employees mentioned below. I hereby declare that every person employed as an employee within the meaning of Section 2(9) of the Employees' State Insurance Act, 1948 on in this factory or establishment and in respect of a remuneration not exceeding Rs. 10,000/- (excluding remuneration for overtime work) per month has been included in this list (excepting only those in respect of whom declaration forms have been sent to the Corporation in the past).

स्थान Place स्थानीय कार्यालय हस्ताक्षर Signature

दिनांक Date Local Office पद Designation

क्र. सं. S. No.	कर्मचारी का नाम Name of the Employee	नियोजक के पास पहचान संख्या यदि हो Distinguishing No. with the employer if any	पिता या पति का नाम Father's or Husband's Name	निगम द्वारा नियत बीमांक (स्थानीय कार्यालय से अंकित होना चाहिए) Insurance No. allotted by the Corporation (to be entered at the appropriate Local Office)

संलग्न घोषणा पत्र Encl. Declaration Form

P.T.O.

