



घोषणा पत्र DECLARATION FORM

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। फॉर्म के साथ फास्टाफेट आकार के दो फोटोग्राफ भी लगाए जाने चाहिए। फॉर्म भरने से पहले पीठ पक्ष पर दी गई हिदायतों को ध्यान से पढ़ लेना चाहिए। यह फॉर्म नि:शुल्क है।

To be filled in by the employee after reading instructions overleaf. Two Postcard Size photographs are to be attached with this form. This form is free of cost.

(क) बीमाकृत व्यक्ति का विवरण

(A) INSURED PERSON'S PARTICULARS

1. बीमा संख्या/Insurance No.			
2. नाम (रूपक अक्षरों में) Name (in block letters)		GOWTHAM . K	
3. पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name		Kosumanthi . A	
4. जन्म तिथि/Date of Birth	दिन D	महीना M	वर्ष Y
	19	10	2003
5. वैवाहिक स्थिति Marital Status		विवाहित/अविवाहित/विधवा Married/Unmarried/Widow	
6. लिंग/Sex		पुरुष/महिला Male/Female	
7. वर्तमान पता/Present Address		8. स्थायी पता/Permanent Address	
Thebbampalayam Mudhil Apartment Colmbatore Tamil Nadu		4/82 Gandhi Ashram pudhupalayam Nallipalayam (PO) Namakkal	
पिन कोड Pin Code		पिन कोड Pin Code	
641407		637901	
टेलीफोन नंबर/ई-मेल नंबर/e-mail address		टेलीफोन नंबर/ई-मेल नंबर/e-mail address	
Gowtham . KP2003@gmail . com		Gowtham . KP2003@gmail . com	
शाखा कार्यालय Branch Office		औषधालय Dispensary	

(ख) नियोजक का विवरण

(B) EMPLOYER'S PARTICULARS

9. नियोजक का कूट संख्या Employer's Code No.	680054		
10. नियुक्ति की तिथि Date of Appointment	दिन Day	महीना Month	वर्ष Year
	01	07	2025
11. नियोजक का नाम और पता/Name & Address of the Employer			
Gowtham . K 4/82 Gandhi Ashram, pudhupalayam Nallipalayam (PO), Namakkal			
12. यदि पहले नियोजन में रहे हैं तो कृपया निम्नलिखित विवरण दीजिए In case of any previous employment please fill up the details as under:-			
क) पिछली बीमा संख्या a) Previous Ins. No.			
ख) नियोजक का कूट संख्या b) Emplr's. Code No.			
ग) नियोजक का नाम व पूर्ण पता c) Name & address of the Employer			
Gowtham . K 4/82 Gandhi Ashram, pudhupalayam Nallipalayam (PO), Namakkal			
टेलीफोन नंबर/ई-मेल नंबर/e-mail address			
Gowtham . KP2003@gmail . com			

(ग) मृत्यु की स्थिति में नगद हितलाभ के भुगतान के लिए क.रा.बी. अधिनियम 1948 की धारा 71/क.रा.बी. (केन्द्रीय) नियम 1950 के नियम 56(2) के अन्तर्गत नामित के धोरे।

(C) Details of Nominee u/s 71 of ESI Act 1948/Rule 56(2) of ESI (Central) Rules, 1950 for payment of cash benefit in the event of death.

नाम /Name	संबंध/Relationship	पता /Address
Kosumanthi . A	Father	4/82 Gandhi Ashram, pudhupalayam Nallipalayam (PO), Namakkal.

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किया गया धोरा मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है। मैं अपने परिवार के सदस्यों में हुए परिवर्तन की सूचना 15 दिन के भीतर प्रस्तुत करने का वचन भी देता/देती हूँ।

I hereby declare that the particulars given by me are correct to the best of my knowledge and belief. I undertake to intimate the Corporation any changes in the membership of my family within 15 days of such change.

नियोजक के प्रतिहस्ताक्षर

Counter signature by the employer

हस्ताक्षर/सिल
Signature with seal

(घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिवारियों का विवरण

(D) FAMILY PARTICULARS OF INSURED PERSON

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	कर्म करने की तारीख को आयु Date of Birth/Age as on date of filling form	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with the Employee	क्या उनके साथ रह रहे हैं Whether residing with him/her?	यदि नहीं तो आवास का स्थान बताइए If 'No', state place of Residence
1.				हां/Yes	उप शहर/Town
2.				नहीं/No	राज्य/State
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

क.रा.बी. निगम
अस्थायी पहचान पत्र
ESI Corporation
Temporary Identity Card

नाम/Name		
बीमा संख्या/Ins. No.	नियुक्ति की तिथि/Date of appointment	
शाखा कार्यालय Branch Office	औषधालय Dispensary	
नियोजक का कूट संख्या व पता Employer's Code No. & Address		

वैधता:

Validity:

दिनांक :

Dated :

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
Signature/T.I of I.P

Gowtham . K

(नियुक्ति की तिथि से 3 मास तक वैध)
(valid for 3 months from the date of appointment)

स्वयं एवम परिवार का फोटोग्राफ (Space for photograph)

शरीर सहित शाखा कार्यालय प्रबंधक के हस्ताक्षर
Signature of B.M. with seal