



## घोषणा पत्र Declaration Form

FORM - 1

घोषणा पत्र कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। फार्म के साथ पासपोर्ट आकार के दो फोटोग्राफ भी लगाए जाने चाहिए। फार्म भरने से पहले पीठ पृष्ठ पर दी गई हिदायतों को भली-भांति पढ़ लेना चाहिए। यह फार्म नि: शुल्क है।

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

नियोजक कूट संख्या

Employer's Code No.

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

(क) बीमाकृत व्यक्ति के विवरण

### (A) INSURED PERSON'S PARTICULARS

1. बीमा संख्या/Insurance No.					
2. नाम (स्पष्ट अक्षरों में) Name (in Block Letters)					
3. पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name					
4. जन्म तिथि Date of Birth		दिन Day	महीना Month	वर्ष Year	5. वैवाहिक स्थिति Marital Status
					विवाहित / अविवाहित / विधवा M / U / W
					6. लिंग/ Sex पु / म. M / F
7. वर्तमान पता / Present Address			8. स्थायी पता/ Permanent Address		
पिन कोड Pin Code			पिन कोड Pin Code		
टेलीफोन नम्बर/ई-मेल पता /e-mail address			टेलीफोन नम्बर/ई-मेल पता /e-mail address		
शाखा कार्यालय Branch Office			औषधालय Dispensary		

(ख) नियोजक के विवरण

### (B) EMPLOYER'S PARTICULARS

10. नियुक्ति की तारीख Date of Appointment	दिन Day	महीना Month	वर्ष Year
11. नियोजक का नाम और पता/ Name & Address of the Employer			
12. यदि पहले नियोजन में रहें तो कृपया निम्नलिखित ब्योरे दीजिए In case of any previous employment please fill up the details as under :-			
क) पिछली बीमा संख्या (a) Previous Ins. No.			
ख) नियोजक कूट संख्या (B) Empls. Code No.			
ग) नियोजक का नाम व पता (C) Name & Address of the Previous Employer			
टेलीफोन नम्बर/ई-मेल पता/e-mail :			

ग) मृत्यु की स्थिति में नकद 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 नामिती के ब्योरे।  
(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	नातेदारी / Relationship	पता / Address

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किए गए विवरण 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 हूँ/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 to such change

नियोजक के प्रति हस्ताक्षर सील सहित

Counter Signature by the employer with seal

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठा निशान

Signature / T.I. of IP

### (घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिजनों का विवरण (D) FAMILY PARTICULARS OF INSURED PERSON

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	फार्म भरने की तारीख को आयु/जन्म तिथि Date of Birth/Age as on date of filling form	कर्मचारी के साथ नातेदारी Relationship with the Employee	क्या उनके साथ रह रहे हैं? बताएं - हाँ / नहीं Whether residing with him/her Say - Yes / No	यदि नहीं तो आवास का स्थान दर्शाएँ If 'No' state place of Residence	
					कस्बा / Town	राज्य / State
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

क.रा.बी.निगम ESI Corporation

अस्थायी पहचान पत्र (नियुक्ति की तारीख से 3 महीने तक वैध)

Temporary Identity Card (valid for 3 months from the date of appointment)

नाम / Name	
बीमा संख्या/ Ins. No.	नियुक्ति की तारीख/ Date of appointment
शाखा कार्यालय Branch Office	औषधालय Dispensary
नियोजक की कूट संख्या व पता Employee's Code No. & address	

फोटो के लिए स्थान (Space for photograph)
---

वैधता  
Validity  
दिनांक  
Dated

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

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

अनुदेश  
INSTRUCTIONS

- फार्म-1, का प्रेषण क.रा.बी. (साधारण) विनियम, 1950 के विनियम 11 ब 12 के अन्तर्गत विनियमित किया जाता है।  
Submission of Form-1 is governed by regulations 11 & 12 of ESI (General) Regulations, 1950
- 'कुटुम्ब' से किसी बीमाकृत व्यक्ति के निम्नलिखित सभी अथवा कोई नातेदार अभिप्रेत हैं:-  
अर्थात् :- (1) विवाहिती (2) बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित कोई धर्मज या दत्तक अवयस्क आश्रित बालक (3) कोई बालक जो बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनो पर पूर्णतः आश्रित है तथा जो (क) शिक्षा प्राप्त कर रहा है, उनके 21 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने तक (ख) कोई अविवाहित पुत्री (4) कोई बालक जो किसी शारीरिक अथवा मानसिक अपसामान्यता या चोट के कारण शिथिलांग है तकि शिथिलांगता रहने तक बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनो पर पूर्णतः आश्रित है. (5) आश्रित माता-पिता (ब्योरे हेतु क.रा.बी. अधिनियम, 1948 की धारा 2 के खंड 11 को देखें)  
"Family" means all or any of the following relatives of an insured Person namely :-  
(i) a spouse (ii) a minor legitimate or adopted child dependant upon the I.P., (iii) a child who is wholly dependant on the earnings of the I.P. and who is (a) receiving education, till he or she attains the age of 21 years (b) an unmarried daughter; (iv) a child who is infirm by reason of any physical or mental abnormality or injury and is wholly dependant on the earning of the I.P. so long as the infirmity continues; (v) dependant parents (Please see Section 2 clause 11 of the ESI Act 1948 for details)
- पहचान-पत्र अहस्तान्तरणीय है।  
Identity Card is Non-Transferable.
- पहचान-पत्र के गुम होने की स्थिति में नियोजक/शाखा प्रबंधक को तत्काल सूचित किया जाए।  
Loss of Identity Card be reported to Employer / Branch Manager immediately.
- किसी प्रकार की गलत सूचना देने की स्थिति में क.रा.बी. अधिनियम, 1948 की धारा-84 के तहत कानूनी कार्यवाही की जा सकती है।  
Submission of false information attracts penal action under Section 84 of ESI Act. 1948.
- नई नियुक्ति की स्थिति में भली-भांति भरा हुआ यह फार्म नियुक्ति के दस दिन के भीतर संबंधित शाखा कार्यालय में अवश्य ही प्रस्तुत किया जाना चाहिए। विलम्ब की स्थिति में नियोजक के विरुद्ध धारा-85 के तहत कानूनी कार्यवाही की जा सकती है।  
This form duly filled in must reach the concerned Branch Office within 10 days of appointment of an Employee. Delay attracts penal action under Section 85 of the Act, against employer.
- बीमाकृत व्यक्ति व उसके परिवार के आश्रितजन अंशदायी शर्तें पूरी करने पर निम्नलिखित हितलाभ प्राप्त कर सकेंगे (1) बीमारी हितलाभ (2) अस्थायी निः शक्तता हितलाभ (3) स्थायी निःराक्तता हितलाभ (4) आश्रितजन हितलाभ (5) प्रसूति हितलाभ (महिला कर्मचारी के लिए)।  
As an Insured person you and your dependent family members are entitled to full medical care from today itself. The other benefits in cash include (1) Sickness Benefit (2) Temporary Disablement benefit (3) Permanent disablement Benefit (4) Dependent benefit and (5) maternity (incase of women employees) subject to fulfillment of contributory conditions.
- अधिक जानकारी के लिये कृपया निगम के वेबसाइट [www.esic.org.in](http://www.esic.org.in) को देखें या शाखा कार्यालय या क्षेत्रीय कार्यालय से सम्पर्क करें।  
For more details please contact website of ESIC at [www.esic.org.in](http://www.esic.org.in). or contact Regional Office or Branch Office.

केवल शाखा कार्यालय में प्रयोग हेतु  
FOR BRANCH OFFICE USE ONLY

- बीमा संख्या आंबटन की तारीख :  
Date of allotment of Ins. No.
- अ.पह.पत्र जारी करने की तारीख:  
Date of issue of T.I.C. :
- औषधालय का नाम संख्या :  
Name / No. of Disp. :
- क्या अन्य चिकित्सा व्यवस्था उपलब्ध है? यदि हां तो उल्लेख करें:  
Whether reciprocal Medical arrangements involved. If yes, please indicate

शाखा प्रबन्धक के हस्ताक्षर  
Signature of Branch Manager

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	फार्म भरने की तारीख को आयु/जन्म तिथि Date of Birth/Age as on date of filling form	कर्मचारी के साथ नातेदारी Relationship with the Employee	क्या उनके साथ रह रहे हैं? बताएँ - हाँ / नहीं Whether residing with him/her Say - Yes / No	यदि नहीं तो आवास का स्थान दर्शाएँ If 'No' state place of Residence	
					कस्बा / Town	राज्य / State
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						