



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

एसिक ESIC-142

Employees' State Insurance Corporation

बीमाकित व्यक्ति द्वारा दिनांक को निम्न स्थल पर उपस्थित होने हेतु सवारी भत्ता और/या वेतन हानि की क्षतिपूर्ति की मांग।

Claim for conveyance allowance and/or compensation for loss of wages from an insured person who appeared on for loss of wages from an insured person who appeared on

(क) स्थायी असमर्थता के निर्धारण हेतु चिकित्सा परिषद के समक्ष चिकित्सालय/औषधालय/निदान केन्द्र।

(a) Before a Medical Board/at Hospital/Dispensary/diagnostic centre for assessment of Permanent Disablement.

या/Or

(ख) विनियम 71 (i) के अंतर्गत चिकित्सा अधिकारी के समक्ष दिनांक को

(b) Before a Medical authority under Regulation 71 (i) on Date

क A

नाम Name

पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name

बीमांक Ins. No.

वर्तमान/पिछले नियोजक का नाम और पता

Name and address of the present/last employer

बी B

नियोजक द्वारा पूर्ति To be filled in by the employer

प्रमाणित किया जाता है कि श्री बीमांक मेरे यहां नौकरी करते हैं। और उन्हें औषधालय/निदान केन्द्र/चिकित्सालय में उपस्थिति के कारण या चिकित्सा परिषद/चिकित्सा अधिकारी के समक्ष उपस्थिति के कारण दिन रूपया प्रतिदिन की दर से मजदूरी की हानि होगी/हुई।

Certified that Shri Ins. No is in my employment and on account of his attending the dispensary/diagnostic centre/Hospital or on account of his appearance before the Medical Board/Medical Authority he will lose/has lost wages for days @ Rs. per day on (date)

दिनांक

नियोजक का नाम हस्ताक्षर, कारखाने का नाम और कूट संख्या

Dated.....

Signature of employer, Name & Code No. of the Factory

ग C

कर्मचारी द्वारा पूर्ति हेतु To be filled in by the employee

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि मैं तिथि महीना 20से काम पर नहीं गया/नहीं जाऊंगा। मैं इस दिन (तिथि.....) का अवकाश वेतन अपने नियोजक से नहीं प्राप्त किया/नहीं प्राप्त करूंगा। मेरे घर से परीक्षा केन्द्र की दूरी लगभग कि.मी. है। दोनों ओर के लिए बस रेल भाड़ा रु..... होगा।

मैं तदनुसार वेतन हानि की क्षतिपूर्ति/सवारी भत्ते की मांग करता हूँ।

I hereby declare that I have not been/shall not be at work since..... AM/PM on the and that I have not received and will not receive leave wages for the day..... from my employer.

The approximate distance between my residence and the examination centre is K.M. and the amount spent on bus transport/rail fare (both ways) would be Rs. I claim reimbursement of loss of wages/conveyance charges accordingly.

बीमाकित व्यक्ति के हस्ताक्षर Signature of the insured person

टिप्पणी: आधे दिन या आधे दिन से कम की गणना आधे दिन तथा आधे दिन से अधिक की गणना एक दिन की जानी चाहिए।

Note : Half day or less than half a day should be counted half day and more than half a day as one day.

घ D एक से पांच तक के कालम अध्यक्ष परिषद/चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरे जायें तथा कालम नं. छ कर्मचारी राज्य बीमा नियम के परीक्षा स्थल पर उपस्थित कर्मचारी द्वारा भरे जायें।

Cols. 1 to 5 to be filled in by the chairman Medical Board, Medical Authority and col. 6 to be filled in by the official of the ESI corporation who attends the Examination Centre.

1. क्या बीमांकित व्यक्ति उपस्थित था?
Was the insured person present?
2. क्या आपके विचार से बीमांकित व्यक्ति औषधालय में उपस्थित होने योग्य था?
Was the insured person in your opinion fit to attend the dispensary?
3. क्या आपके विचार से वह बस या साधारण सवारी जैसे साधनों द्वारा यात्रा करने अयोग्य था? अथवा क्या उसे साथ के लिए परिचारक की आवश्यकता थी?
Was he in your opinion unable to travel by bus or other ordinary means of conveyance or did he need an attendant to accompany him?
4. क्या आपके विचार से वह बैठी हुई स्थिति में यात्रा करने के अयोग्य था?
Was he in your opinion unable to travel in a sitting position?
5. क्या उसे चिकित्सा परिषद द्वारा स्थायी असमर्थता के निर्धारण हेतु चिकित्सालय/निदान केन्द्र का भेजा गया था?
Was he referred to the Hospital/Dispensary/Diagnostic centre with a view for assessing the permanent disablement by the Medical Board?
6. स्वीकार्य धनराशि
Amount admissible
(क) रुपया पैसा प्रतिदिन
की दर से दिन की मजदूरी।
(a) Wages for day (s)
@ Rs..... P..... per day
(ख) भाड़े आदि के लिए स्वीकार्य धनराशि।
(b) Amount admissible by way of conveyance allowance
(ग) कुल स्वीकार्य धनराशि तथा भुगतान रु. पै.
(c) Total amount admissible and paid.
..... रु. (केवल शब्दों में) प्राप्त किये।
Received Rs (Rs. in words)

मेरी उपस्थिति में भुगतान हुआ
(Paid in my presence)

बीमांकित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठे की निशानी
Signature or L.T.I./R.T.I. of Insured Person

अध्यक्ष, चिकित्सा परिषद/चिकित्सा अधिकारी
Chairman, Medical Board/Medical Authority
प्रतिहस्ताक्षर Counter-Signed
क्षेत्रीय निर्देशक/उप-निर्देशक/सहायक प्रादेशिक निर्देशक/प्रबन्धक शाखा कार्यालय
Regional Director/Deputy Regional Director/Assistant Regional Director /Branch Office Manager