

क्षेत्रीय कार्यालय

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

डी.डी.ए. शापिंग-कम-आफिस कम्प्लैक्स, राजेन्द्र भवन, राजेन्द्र प्लेस, नई दिल्ली-110008

संख्या : डी/जोन- 1 /बीमा-2 /डि०5 ~~XX~~ 10-50530-101

दिनांक - 9 APR 2003

सेवा में

मैसर्स
 BRYN CONSTRUCTION CO.
 IX/5701, OLD SEELAMPUR ROAD
 SUBHASH MOHALLA, GANDHI NAGAR
 DELHI-31.

विषय :- कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 (यथासंशोधित) की धारा ~~XXXXXX~~ (5) के अंतर्गत कर्मचारियों तथा फ़ैक्टरियों/स्थापनाओं का पंजीकरण।

प्रिय महोदय,

आपको सूचित किया जाता है कि कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम की धारा 1 (3) के अंतर्गत केन्द्रीय सरकार के अधिसूचना सं० एस०एफ०-12(36) दिनांक 1-2-52 के अनुसार संघ राज्य क्षेत्र दिल्ली (क्षेत्र) के अंतर्गत अधिनियम के अधीन शामिल सभी फ़ैक्टरियों पर कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम के उपबंधों को लागू किया गया है।

आपको यह भी सूचित किया जाता है कि उपर्युक्त सरकार ने अधिनियम के उपबंधों का विस्तार कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम की धारा 1 (5) के अधीन अन्य स्थापनाओं पर नीचे उल्लिखित तारीख से किया है।

स्थापनाओं का विवरण	अधिसूचना संख्या तथा तारीख	क०रा० बीमा निगम (एसिक) योजना के विस्तार की तारीख
1. पिछले बारह महीनों के दौरान किसी भी दिन कोई परिसर (उसके उप-क्षेत्रों सहित) में जहाँ दस अथवा इससे अधिक लेकिन किसी भी दशा में 20 से कम व्यक्ति नियोजित हैं अथवा नियोजित थे तथा उसके किसी भी भाग में विद्युत शक्ति की सहायता से असाधारणतया विनिर्माण प्रक्रिया चल रही है।	एफ-27(2)/75-लैब 28-3-75	29-3-75
2. पिछले बारह महीनों के दौरान किसी भी दिन कोई व्यक्ति परिसर में नियोजित है अथवा नियोजित था तथा उसके किसी भाग में विद्युत शक्ति की सहायता से असाधारण तथा विनिर्माण प्रक्रिया चलाई जा रही है।	-वही-	-वही-
3. निम्नलिखित स्थापनाएं जहाँ पिछले 12 महीनों के दौरान किसी तारीख को 20 अथवा उससे अधिक व्यक्ति नियोजित हैं अथवा नियोजित थे जैसे :-	-वही-	-वही-
1. होटल		
2. रेस्तरां		
3. पूर्व दर्शन थियेटर सहित सिनेमा		
4. सड़क मोटर परिवहन	एफ-27(2)/74-लैब	28-3-76
5. समाचार पत्र परिवहन	दिनांक 26-3-76	
6. दुकानें	एफ-28(20)/88/आई.एम.पी.लैब	2-10-88
	दिनांक 30-9-88	

अधिनियम की धारा 2 (क) के अधीन ऐसी किसी फ़ैक्टरी/स्थापना को अधिनियम के अधीन पंजीकृत कराना आवश्यक है जहाँ उसके अध्याय 4 के अनुसार मुख्य नियोजक की यह जिम्मेदारी है कि वह अपने कर्मचारियों को योजना में शामिल

13-03-2003

आपके द्वारा आपकी फैक्टरी/स्थापना के संबंध में दिए गए ब्यौरों सहित दिनांकको
बीमा निरीक्षक/स्थानीय कार्यालय प्रबंधक द्वारा किए गए निरीक्षण के आधार पर आपकी फैक्टरी/स्थापना तारीख27-01-2003(P)
से अंतिम अनन्तिम रूप से अधिनियम की धारा 2(12) व 1 (5) के अन्तर्गत व्याप्ति में आती है लेकिन यदि बाद के तथ्यों से यह
स्पष्ट हो जाता है कि आपकी फैक्टरी/स्थापना उपरिलिखित तारीख से पहले की किसी तारीख से उपर्युक्त वर्णित तारीख से शामिल
की जानी थी तो आप ऐसी पहले की तारीख के अधिनियम के उपबंधों का पालन करने के लिए बाध्य होंगे।

आपसे अनुरोध है कि अपनी फैक्टरी/स्थापना को अधिनियम के अधीन शामिल किये जाने की तारीख से अपने
कर्मचारियों का पंजीकरण करवाने घोषणा पत्र भरने तथा अंशदान का भुगतान करने रिकार्ड के अनुरक्षण आदि के संबंध
में शीघ्र कारवाई करें। सुविधा की दृष्टि से आपकी फैक्टरी/स्थापना को कूट सं० 10-50530-101... आवंटित की गयी
है। इस कार्यालय को भेजे गए सभी पत्रादि में तथा फार्मों में निर्दिष्ट स्थानों पर इस कूट संख्या का प्रयोग करें।

SHAHDARA

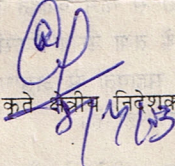
पर स्थित स्थानीय कार्यालय को आपके कर्मचारियों के पंजीकरण के संबंध में
आपको आवश्यक सहायता देने के अनुरोध दिये गए हैं। यदि कोई कठिनाई हो तो आप कृपया उपर्युक्त स्थानीय कार्यालय
के प्रबंधक से सम्पर्क करें जो मामले में आपकी अपेक्षित सहायता करेगा। निवेदन है कि आप अपनी फैक्टरी/स्थापना में
राज्य बीमा औषधालयों की संलग्न सूची का प्रचार करें ताकि आपके कर्मचारी अपने राज्य बीमा औषधालयों का चुनाव
कर सकें। सभी अपेक्षित फार्म आदि उपर्युक्त स्थानीय कार्यालय से प्राप्त करें, उक्त कार्यालय के साथ आपके सभी कर्मचारी
संबंध किए जाएंगे।

कर्मचारी राज्य बीमा अंशदान स्वीकार करने वाली बैंक की शाखाओं की सूची संलग्न है। आप कृपया अपनी सुविधा
के अनुसार किसी एक बैंक का चुनाव करके और उसकी सूचना इस कार्यालय तथा भारतीय स्टेट बैंक की संबंधित शाखा
को भेज दें। आप केवल इसी शाखा में कर्मचारी राज्य बीमा राशि का भुगतान करें। यदि पत्र की प्राप्ति के 15 दिन के अन्दर
कोई सूचना प्राप्त नहीं हुई तो आपके द्वारा जिस शाखा में राशि जमा कराई जाएगी उसी शाखा को आपकी फैक्टरी स्थापना
की नामजद शाखा मान लिया जाएगा।

निगम कर्मचारी आपके कार्य को निपटाने में तथा कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 की बाध्यताओं का पालन
करने में आपकी सभी आवश्यक हर संभव सहायता करेंगे तथा मुझे विश्वास है कि आप अपनी ओर से कर्मचारी राज्य बीमा
अधिनियम के उपबंधों तथा विनियमों का तत्परता से और समय पर पालन करेंगे। आपसे यह भी अनुरोध है कि सभी प्रकार से
संलग्न फार्म 01 विधिवत भरकर इस कार्यालय को तत्काल भेजने की कृपा करें।

Kindly intimate by Regd. Post
if there is any change in the
Address/Status of the unit or
Residential Address or in the
ownership of the unit or in
the bank account with reference
to information supplied by you
initially.

भवदीयः


कृते बीमा निदेशक

संलग्न In case of any difficulty please contact
local office/regional office, for guidance.

प्रतिलिपि :- निम्नलिखित को प्रेषित

1. स्थानीय कार्यालय..... SHAHDARA
2. समन्वय शाखा, क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली को आवश्यक अग्रिम कार्यवाही हेतु।
3. हितलाभ शाखा 3/4 क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली को आवश्यक अग्रिम कार्यवाही हेतु।
4. श्री/सुश्री..... बीमा निरीक्षक, प्रभाग सं०..... 5
को इस निवेदन के साथ प्रेषित किया जाता है कि वह इस फैक्टरी की अन्तिम व्याप्ति की तारीख निर्धारित करने की प्रक्रिया तीन
माह के अन्दर अवश्य पूर्ण करें।
5. गार्ड फाईल।
Sh. M.K. Gour, Labour officer.