



आपके द्वारा आपकी फैक्टरी/स्थापना के संबंध में दिए गए ब्योरो सहित दिनांक 04/2/04 को बीमा निरीक्षक/स्थानीय कार्यालय प्रबंधक द्वारा किए गए निरीक्षण के आधार पर आपकी फैक्टरी/स्थापना तारीख 01/01/04 (P) से अंतिम/अनन्तिम रूप से अधिनियम की धारा ~~2442~~ व 1 (5) के अन्तर्गत व्याप्ति में आती है लेकिन यदि बाद के तथ्यों से प्ह स्पष्ट हो जाता है के 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 11-20-70152-101 आंबटित की गयी है। इस कार्यालय को भेजे गए सभी पत्रादि में तथा फार्मों में निर्दिष्ट स्थानों पर इस कूट संख्या का प्रयोग करें।

**NANGLOI** 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 लिए 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 सभ प्रकार से संलग्न फार्म 01 विधिवत भरकर इस कार्यालय को तत्काल भेजने की कृपा करें।

यदि किसी ईकाई के पते/स्थिति में या आवासीय पते में या ईकाई की मालिकाना स्थिति में या आपके द्वारा बैंक खाते के संदर्भ में जो सूचना पहले दी गई है, में कोई परिवर्तन हुआ है तो कृपया पंजीकृत डाक द्वारा शीघ्र सूचित करें।

**Employer is requested to furnish the ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~**

**1. details of Column 14 (a + b) of O1 form urgently.**

भवदीय.

*(Signature)*  
कृते क्षेत्रीय निदेशक

संलग्न

प्रतिलिपि :- निम्नलिखित को प्रेषित

1. स्थानीय कार्यालय **NANGLOI**
2. समन्वय शाखा, क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली को आवश्यक अग्रिम कार्यवाही हेतु।
3. श्री/सुश्री **Inspectorate office Rohini/NDO** बीमा निरीक्षक, प्रभाग सं० ..... 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।
4. गार्ड फाईल।
5. मुख्य कारखाना निरीक्षक 15, राजपुर रोड, दिल्ली को सूचनार्थ।
6. R.P.F.C., E<sup>o</sup>FO, मयूर भवन, नई दिल्ली।