



क्षेत्रीय कार्यालय
कर्मचारी राज्य बीमा निगम

राजेन्द्र भवन, राजेन्द्र प्लेस, नई दिल्ली-110008.

संख्या : टी/जोन- /बीमा-II /डि०-/1144-38710-101

दिनांक :

मेसर्स IMPRESSIONS SERVICES (P) LTD.
4/10, KIRTI NAGAR
NEW DELHI:-110015

विषय : नाम/पता बदलना /Change in Constitution.

पहले

IMPRESSIONS

अब

M/s IMPRESSIONS SERVICES (P) LTD.

महोदय

आपके पत्र संख्या.....दिनांक.....15/17-09-2003

के सदर्थ में जिसमें नाम/पता बदलने की प्रार्थना की गई है आपको सूचित किया जाता है कि अपेक्षित परिवर्तन कार्यालय के अभिलेखों में कर लिया है।

भवदीय,

कृते क्षेत्रीय निदेशक

प्रतिलिपि-

1. हितलाभ शाखा-3/हितलाभ शाखा-1 को अग्रिम कार्यवाही हेतु
2. समन्वय शाखा को अग्रिम कार्यवाही हेतु .pl.arrange I.R. from 3/01 to date &
3. स्थानीय कार्यालय समन्वयक को I.R. start to 3/01 to date & 4/2003 हेतु date.
4. श्री/सुश्री.....बीमा निरीक्षक, निरीक्षण प्रभाग सं०.....

WJ

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

बी० डी० ए० शापिन कम-आफिस कम्प्लेक्स,

राजेन्द्रा प्लेस नई दिल्ली

11-38710-101/ZONE-IV/98

दिनांक 0.9..MAR 1998

संख्या.....

दिनांक

सेवा में,

मैसर्स IMPRESSIONS

4/10, KIRTI NAGAR INDL. AREA,

NEW DELHI.....11R.015A.....

विषय :—कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 (यथासंशोधित) की धारा 2 (12)/1 (5) के अन्तर्गत कर्मचारियों तथा फॅक्टरियों/स्थापनाओं का पंजीकरण ।

प्रिय महोदय,

आपको सूचित किया जाता है कि कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम की धारा 1 (3) के अन्तर्गत केन्द्रीय सरकार के अधिसूचना सं० एच० एफ०-12(36) दिनांक 1-2-52 के अनुसार संघ राज्य क्षेत्र दिल्ली (क्षेत्र) के अन्तर्गत अधिनियम के अधीन शामिल सभी फॅक्टरियों पर कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम के उपबन्धों को लागू किया गया है ।

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

स्थापनाओं का विवरण

अधिसूचना संख्या
तथा तारीख

क० रा० बीमा
(एडिफ) योजना के
विस्तार की तारीख

1 पिछले बारह महीनों के दौरान किसी भी दिन कोई परिसर (उसके उप-भाग सहित) जहाँ वस अथवा इससे अधिक लेकिन किसी भी वषा में 20 से कम व्यक्ति नियोजित है अथवा नियोजित थे तथा उसके किसी भी भाग में विद्युत शक्ति की सहायता से असाधारण तथा विनिर्माण प्रक्रिया चल रही है ।

एफ-27(2)/75-तब
28-3-75

29-3-75

2 पिछले बारह महीनों के दौरान किसी भी कोई व्यक्ति परिसर में नियोजित है अथवा नियोजित था तथा उसके किसी भाग में विद्युत शक्ति की सहायता से असाधारणतया विनिर्माण प्रक्रिया चलाई जा रही है ।

-बही-

-बही-

3 निम्नलिखित स्थापनाएँ जहाँ पिछले 12 महीनों के दौरान किसी तारीख को 20 अथवा उससे अधिक व्यक्ति नियोजित है अथवा नियोजित थे जैसे :

-बही-

-बही-

- 1) होटल 2) रेस्तराँ
- 3) पूर्व दर्ज फ़ैक्टरी सहित सिनेमा
- 4) सड़क मोटर परिवहन
- 5) समानांतर पत्र परिवहन
- 6) दुकानें

एफ-21(2)/74-तब
दिनांक 28-3-76

28-3-76

एफ-28(20)/88, नई एम.पी.सी.सी.
दिनांक 30-9-88

2-10-88

अधिनियम की धारा 2 (क) के अन्तर्गत ऐसी किसी फॅक्टरी/स्थापना को अधिनियम के अधीन पंजीकृत करवाना आवश्यक है जहाँ उसके अध्याय 4 के अनुसार मुख्य नियोजक को यह जिम्मेदारी है कि वह अपने कर्मचारियों को योजना में शामिल करवाएँ तथा अधिनियम के अधीन उनके सम्बन्ध में असाधारणतया व्यवस्था करें ।

आपका,
क.प.ज.

आपके द्वारा आपकी फंक्टरी/स्थाना के सम्बन्ध में दिए गए व्योरो सहित दिनांक..... को बीमा निरीक्षक/स्थानीय कार्यालय प्रबन्ध में दिए गए निरीक्षण के आधार पर आपकी फंक्टरी स्थापना तारीख से अन्तिम/अनन्तिम रूप से अधिनियम की धारा 2 (12) व 1 (5) के क्षेत्र में आती है लेकिन यदि बाद के तथ्यों से यह स्पष्ट हो जाता है कि आपकी फंक्टरी/स्थापना उपरिलिखित तारीख से पहले की किसी तारीख से उपयुक्त यणित तारीख से शामिल की जानी थी तो आप ऐसी पहले की तारीख से अधिनियम के उपबन्धों का पालन करने के लिए बाध्य होंगे।

आपसे अनुरोध है कि अपनी फंक्टरी/स्थापना को अधिनियम के अधीन शामिल किये जाने की तारीख से अपने कर्मचारियों का पंजीकरण करवाने, घोषणा पत्र भरने तथा अंशदान का भुगतान करने रिफाई के अनुरक्षण आदि के सम्बन्ध में शीघ्र कारवाई करें। सुविधा की दृष्टि से आपकी स्थापना की कोड से 11-30710-100/Zone-4 प्राबलित की गई है। इस कार्यालय को भेजे गए सभी पत्रादि में तथा फार्मों में निदिष्ट स्थानों पर इस कोड संख्या का प्रयोग करें।

पर स्थित स्थानीय कार्यालय को आपके कर्मचारियों के पंजीकरण के सम्बन्ध में आपको आवश्यक सहायता देने के अनुरोध दिए गए हैं। यदि कोई कठिनाई हो तो आप उपयुक्त स्थानीय कार्यालय के प्रबन्धक से सम्पर्क करें जो मामले में आपकी अपेक्षित सहायता करेगा। निवेदन है कि आप अपनी फंक्टरी/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 उपयुक्त कार्यालय से प्राप्त करें उक्त कार्यालय के साथ आपके सभी कर्मचारी सम्बन्ध किए जाएं।

कर्मचारी राज्य बीमा अंशदान स्वीकार करने वाली बैंक की शाखाओं की सूची संलग्न है। आप कृपया अपनी सुविधा के अनुसार किसी एक बैंक काफ़रके और उसकी सूचना इस कार्यालय तथा भारतीय स्टेट बैंक की चुनाव सम्बन्धित 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 फंक्टरी स्थापना की ता ज़द शाखा मान लिया जाएगा।

निम्न कर्मचारी आपके कार्य को निपटाने में तथा कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 की बाध्यताओं पालन करने में आपको सभी आवश्यक हर सम्भव सहायता करेंगे तथा मुझे विश्वास है कि आप अपनी ओर से कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम के उपबन्धों तथा विनियमों का तत्परता से और समय पर पालन करेंगे। आपसे अनुरोध है कि सभी प्रकार से संलग्न फार्म 0.1 विनिर्दिष्ट भरकर इस कार्यालय को तत्काल भेजने की कृपा करें।

11-30710-100/Zone-4 for 3014/100

भवदीय

संलग्न:-

प्रतिलिपि:- निम्नलिखित को प्रेषित

कृते क्षेत्रीय निदेशक

1. स्थानीय कार्यालय

3. बीमा शाखा क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली

4. बीमा निरीक्षक श्री/श्रीमती

प्रभाग संख्या 26

इस निवेदन के साथ प्रेषित किया जाता है कि यह इस फंक्टरी की स्थापति की तारीख को तथा शीघ्र निर्धारित कराने की कृपा करें।

5. गाइ फाईल

कृते क्षेत्रीय निदेशक