NUTAN 30000/92

क्षेत्रीय कार्यालय

रजिस्टर्ड

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

डी० डी० ए० शापिंग-कम-आफिस कम्पलैक्स, राजेन्द्रा प्लेस, नई दिल्ली-110 008

सं० 11-20589-102

दिनांक 19.2.93

सेवा में,

मैसर्स Aruna House Keeping Services

A-100. North Vinod Nagar,

Mandawli Mandoli, Delhi-92.

विषय:- कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 (यथासंशोधित) की धारा 2 (12)/1 (5) के अंतर्गत कर्मचारियों तथा फैक्टरियों/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 एस० एफ० - 12(36) दिनांक 1.2.52 के अनुसार संघ राज्य क्षेत्र दिल्ली (क्षेत्र) के अंतर्गत अधिनियम के अधीन शामिल सभी फैक्टरियों पर कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम के उपबंधो को लागू किया गया है।

आपको यह भी सूचित किया जाता है कि उपर्युक्त सरकार ने अधिनियम के उपबंधो 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	क० रा० बीमा (एसिक) योजना के विस्तार की ता०
1. पिछले बारह महीनों के दौरान किसी भी दिन कोई परिसर (उसके उप-क्षेत्रों सहित) में जहां दस अथवा इससे अधिक लेकिन किसी भी दशा में 20 से कम व्यक्ति नियोजित है 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 असाधारणतया विनिर्माण प्रक्रिया चलाई जा रही है।	-वही-	-वही-
3. निम्नलिखित स्थापनाएं जहां पिछले 12 महीनों के दौरान किसी तारीख को 20 अथवा उससे अधिक व्यक्ति नियोजित है अथवा नियोजित थे जैसे:-	-वही-	-वही-
1. होटल 2. रेस्तरां		
3. पूर्व दर्शन थियेटर सहित सिनेमा		
4. सडक 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 दिनांक 30.9.88	2.10.88

अधिनियम की धारा 2 (क) के अधीन ऐसी ... रों/स्थापना को अधिनियम के अधीन पंजीकृत

28-1-93

आपके द्वारा आपकी फैक्टरी/ स्थापना के संबंध में दिए गए ब्योरों सहित दिनांक............................... को बीमा निरीक्षक/ स्थानीय कार्यालय प्रबंधक द्वारा किए गए निरीक्षण के आधार पर आपकी फैक्टरी स्थापना तारीख......28-1-93........से ~~अंतिम~~ / 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 फैक्टरी/स्थापना उपरिलिखित तारीख से पहले की किसी तारीख से उपर्युक्त वर्णित तारीख से शामिल की जानी थी तो आप ऐसी पहले की तारीख से 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 भरनें तथा अंशदान का भुगतान करने रिकार्ड के अनुरक्षण आदि के संबंध में शीघ्र कार्रवाई करें। सुविधा की दृष्टि से आपकी स्थापना को कोड सं०11-20589-102.......आबंटित की गयी है। इस कार्यालय को भेजे गए सभी पत्रादि में तथा फार्मो में निर्दिष्ट स्थानों पर इस कोड सं० का प्रयोग करे। ....Shahdara..............पर स्थिति स्थानीय कार्यालय को आपके कर्मचारियों के पंजीकरण के संबंध में आपको आवश्यक सहायता देने के अनुदेश दे दिए गए है। यदि कोई कठिनाई हो तो आप कृपया उपर्युक्त स्थानीय कार्यालय के प्रबंधक से संपर्क 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 करे, 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 सम्भव 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 प्रक्रार से संलग्न फार्म 01 विधिवत् भरकर इस कार्यालय को तत्काल भेजने की कृपा करें।

भवदीय,

संलग्न:-

कृते क्षेत्रीय निदेशक

प्रतिलिपि:- निम्नलिखित को प्रेषित

1. स्थानीय कार्यालय Shahdarz
2. बीमा शाखा क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली 3
3. हितलाभ शाखा 4 क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली
4. बीमा निरीक्षक श्री/श्रीमती ________________ प्रभाग सं०...............................
   इस निवेदन के साथ प्रेषित किया जाता है कि वह इस फैक्टरी की अन्तिम व्याप्ति की तारीख को तथाशीघ्र निर्धारित कराने की कृपा करें।
5. गार्ड फाइल

R160293
E-20-01