

आपके द्वारा आपकी फँवटरी/स्थाना के सम्बन्ध में दिए गए ब्योरो सहित दिनांक 17-11-97 से बीमा निरीक्षक/स्थानीय कार्यालय प्रबन्ध में दिए गए निरीक्षण के आधार पर आपकी फँवटरी स्थापना तारीख 01-08-97 से अन्तिम/अर्न्तम रूप से अधिनियम की धारा 2 (12) व (5) के क्षेत्र में आती है लेकिन यदि बाद के तथ्यों से यह स्पष्ट हो जाता है कि आपकी फँवटरी/स्थापना उपरिलिखित तारीख से पहले की किसी तारीख से उपयुक्त वर्णित 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 फँवटरी/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 सम्बन्ध में शीघ्र कारवाई करें। सुविधा की दृष्टि से आपकी स्थापना की कोड संख्या 11-38594-101/Zone 4 को ध्यान में रखा जा रहा है। इस कार्यालय को भेजे गए सभी पत्रादि में तथा फार्मों में निर्दिष्ट स्थानों पर इस कोड संख्या का प्रयोग करें।

Karam Pura 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 फँवटरी/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 जाएंगे।

कर्मचारी राज्य बीमा अंशदान स्वीकार करने वाली वेक की शाखाओं की सूची संलग्न है। आप कृपया अपनी सुविधा के अनुसार किसी एक बैंक का करके 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 कोड सूचना प्राप्त नहीं हुई तो आपके द्वारा जिस शाखा में राशि जमा कराई जाएगी उसी शाखा को आपकी फँवटरी स्थापना की नामजद शाखा मान लिया जाएगा।

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

Please contact R.O./L.O. for guidance.

भवदीय

संलग्न :-

प्रतिलिपि :- निम्नलिखित को प्रेषित

कुते क्षेत्रीय निदेशक

1. स्थानीय कार्यालय Karam Pura
3. बीमा शाखा क्षेत्रीय कार्यालय दिल्ली
4. बीमा निरीक्षक श्री/श्रीमती प्रभाग संख्या 27
इस निवेदन के साथ प्रेषित किया जाता है कि वह इस फँवटरी की व्याप्ति की तारीख को तथा शीघ्र निर्धारित कराने की कृपा करें।
5. गार्ड फाईल