

AGN/ESIC/HYD/4-2006

प्रस्तुत करने के लिए नियत तिथि 'Due date for submission' 12मई/11 नवम्बर / 12th May / 11th November

शाखा कार्यालय का नाम  
Name of the Branch Office



स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
Local Office : E.S.I. Corporation  
चिकित्सकपल्ली / CHIKKADAPALLY  
असुर स्वी प्राप्त हुआ, सत्यापन के अधीन है  
Accepted, Acknowledged, Subject to Verification  
अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS  
कर्मचारी राज्य बीमा निगम

फार्म/REG. FORM - 5

नियोजक कूट संख्या  
Employer Code No. 52-00-025008-000-1009

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION  
(विनियम 26) / (Regulation 26)

SUMMIT BUILDERS  
5-4-187/3 & 4, IInd Floor,  
Soham Mansion; M.G. Road,  
SECUNDERABAD-500 003. A.P.

कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता :  
Name & Address of the factory or establishment :

प्रधान नियोजक का विवरण Particulars of the Principal employer(s)

क) नाम Name SRI. SOHAM M. Q. DI.  
ख) पदनाम Designation PARTNER  
ग) आवासीय पता Residential Address PLOT-280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS-HYD  
अंशदान अवधि Contribution Period APRIL-2010 से / from SEPT-2010 तक To

में निर्मलिंगित योगांकन शक्तियों सहित नोओ के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के ब्यौरे नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणी में उन सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित क्रिया भी कार्य के संबंध में या करा मान खर्गचने या तैयार माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणी से संबंधित अंशदान अवधि लागू होनी है तथा अंशदान का अदायगी करने में संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदानों का अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा गही तरह से कर दी गयी है :-

I Furnish below the details of the Employer's and Employees' Share of Contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes each & every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment or any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale or distribution of finished products etc. to whom the ESI Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return relates and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

कर्मचारी का शेर / Employee's Share - NIL -  
नियोजक का शेर / Employer's Share - NIL -  
कुल अंशदान : Total Contribution - NIL -

चालानों के ब्यौरे Details of Challans

क्र.सं. Sl No	माह / Month	चालान की तारीख Date of Challan	राशि Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. रूप

में घोषणा करना है कि:  
I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।  
(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
- (ख) विवरणों की अवधि के दौरान.....घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।  
(b) During the period of Return ..... No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान.....अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(c) During the above Period ..... No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान.....स्थायी पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(d) During the above Period ..... No. of PICs have been received.
- (ङ) प्रयुक्त अवधि के दौरान पात्र वीमाकृत व्यक्तियों को.....स्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।  
(e) During the above Period ..... No. of PICs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) प्रयुक्त अवधि के दौरान.....दुर्घटनाओं संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।  
(f) During the above period ..... accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त.....कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(g) During the period No. .... of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. .... have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(h) During the period ..... No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. .... have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(i) During the period ..... No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. .... have been paid to such employees.
- (ञ) अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(j) During the period ..... No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. .... have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अवधि में हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।  
(k) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-  
1.  
2.  
3.  
4.  
5.

NIL

उल्लिखित सूचनाएँ रिकार्ड पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर अभियोजन तथा क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार व्याप्त सहित देय अंशदान और हर्जाने की वसूली हेतु कार्यवाई की जा सकेगी।  
The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under the provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

स्थान, Place:  
दिनांक, Date:

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर/Signature & Designation of the Employer  
(रबड़ की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp)

Authorised Signatory

### चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

(40 अथवा अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा)

(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि मेने धारा.....की उक्त विवरणों को रिकार्ड एवं रजिस्टर से सत्यापित कर लिया है तथा इसे ठीक पाया है।

Certified that I have examined the above return from the Records and Registers of M/s. .... and found it to be correct.

Signature & Seal  
of the Chartered Accountant  
with Membership No.

सदस्यता संख्या सहित  
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर

NIL

महत्वपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्ति कार्यक्रम (संख्या 9)" में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions: Information to be given in "Remarks Column (No. 9)"

- यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ने की तारीख" लिखें।  
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or ".....(date)"
- कृपया बीमा संख्या आरोही क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4, 5 व 6 में दिए जाएं।  
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4, 5 व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।  
Invariably Strike totals of Column 4, 5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई संशोधन जो नौ नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।  
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरण के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।  
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरणों के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।  
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

\* 31. मार्च को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई / For CP ending 31st March, due date is 12th May

30. सितंबर को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 11, नवम्बर / For CP ending 30th September, due date is 11th November

**SUMMIT BUILDERS**  
504-187/3 & 4, IIInd Floor,  
Soham Mansion, M.G. Road,  
SECUNDERABAD-500 003. A.P.

नियोजक का नाम व पता Employer's Name and Address.....

निर्वाचक कूट संख्या Employer's Code No. 52-00-0026008-000-1009

अवधि / Period APRIL-10 से / from SEPT-10 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिसके लिए मजदूरी की अवधि की गई है No. of days for which wages paid	अदा की गई मजदूरी की कुल राशि (रुपये) Total amount of wages paid (Rs.)	काटा गया कर्मचारी अंशदान (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औसत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अभी भी कार्य पर है? Whether still Continues Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		TOTAL						

- \* अभ्युक्ति कार्यक्रम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शाया जाए।  
\* Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

नियोजक के हस्ताक्षर  
Signature of the Employer

**SUMMIT BUILDERS**  
*(Signature)*

(कार्यलय प्रयोग के लिए) / (FOR OFFICIAL USE)

- दावे की स्थिति चिह्नित / Entitlement position Marked.
- विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए गए सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गयी।  
Total of Col 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।  
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order / observation memo enclosed.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.श्रे.लि.  
U.D.C.

प्रधान निरिक्त  
Head Clerk

शाखा अधिकारी  
Branch Officer

AGN/ESIC/HYD/4-2008  
 प्रस्तुत करने के लिए नियत तिथि Due date for submission  
 12मई/11 नवम्बर / 12th May / 11th November

शाखा कार्यालय का नाम  
 Name of the Branch Office Chikkadapally



स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
 Local Office : E.S.I. Corporation  
 चिककादपल्ली / CHIKKADAPALLY  
 आर.सी. प्राप्त होने, स्थापना के अधीन है  
 Receipt of R.C. acknowledged, Subject to Verification  
 अंशदान विवरण / RETURN OF CONTRIBUTIONS  
 कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
 (विनियम 26) / (Regulation 26)

फार्म/REG. FORM - 5

नियोजक कोड संख्या  
 Employer Code No. 52-00-026008-000-1509

**EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION**  
**SUMMIT BUILDERS**

5-4-187/3 & 4, IInd Floor,  
 Soham Mansion, M.G. Road,  
 SECUNDERABAD-500 003. A.P.

कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता  
 Name & Address of the factory or establishment :

प्रधान नियोजक का विवरण Particulars of the Principal employer(s)

क) नाम Name SRI. SRHAM REDDI  
 ख) पदनाम Designation PARTNER  
 ग) आवासीय पता Residential Address PLOT NO. 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD  
 अंशदान अवधि Contribution Period OCTOBER 2009 तक MARCH - 2010

मैं निम्नलिखित घोषणा करने के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के ब्यौते नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणों में उन सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या तैयार माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, मीथे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणों में संशोधन अर्थात् लागू होनी है तथा अंशदान की अदायगी करने में संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा गृहीत कर लेनी होगी :-

I Furnish herewith the details of the Employer's and Employees' Share of Contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes each & every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment or any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale or distribution of finished products etc. to whom the ESI Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return relates and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

कर्मचारी का अंश Employee's Share -NIL-  
 नियोजक का अंश, Employer's Share -NIL-  
 कुल अंशदान : Total Contribution -NIL-

चालानों के ब्यौते Details of Challans :-

क्र.सं. Sl No	माह Month	चालान की तिथि Date of Challan	राशि Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. \_\_\_\_\_ रूपय

में घोषणा करना है कि:

I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।  
(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
- (ख) विवरणों की अवधि के दौरान घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।  
(b) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान अर्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(c) During the above Period No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान अर्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(d) During the above Period No. of PICs have been received.
- (ङ) उपयुक्त अवधि के दौरान पत्र वितरित व्यक्तियों को अर्थाई पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।  
(e) During the above Period No. of PICs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) उपयुक्त अवधि के दौरान दुर्घटनाएँ संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।  
(f) During the above period accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान उपांग द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(g) During the period No. of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान उपांग द्वारा सीधे नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(h) During the period No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान आंतर नियोजक के माध्यम से कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(i) During the period No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ञ) अवधि के दौरान आंतर नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(j) During the period No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।  
(k) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.

NIL

- (ट) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।  
(l) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.

उल्लिखित सूचनाएँ रिकार्ड पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर अभियोजन तथा क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार व्याप्त महित देय अंशदान और हर्जाने की वसूली हेतु कार्रवाई की जा सकती है।

The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

स्थान/Place:

दिनांक/Date:

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर/Signature & Designation of the Employer  
(रबड़ की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp)

Authorised Signatory

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

(40 अथवा अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा)

(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि चर्चे में उक्त विवरणों को रिकार्ड एवं रजिस्टर से सत्यापित कर लिया है तथा इमें टंक पाया है।

Certified that I have verified the above return from the Records and Registers of M/s. and found it to be correct.

Signature & Seal  
of the Chartered Accountant  
with Membership No.

सदस्यता संख्या सहित  
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर

महत्वपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्ति कालम (संख्या 9)" में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions : Information to be given in "Remarks Column (No. 9)"

- यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ने की तारीख" लिखें।  
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or "L.....(date)"
- कृपया बीमा संख्या आगती क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4, 5 व 6 में दिए जाएं।  
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4, 5, व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।  
Invariably Strike totals of Column 4, 5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई संशोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।  
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।  
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरणों के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।  
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

\* 31. मार्च को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई / For CP ending 31st March, due date is 12th May  
30. सितंबर को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 11, नवम्बर / For CP ending 30th September, due date is 11th November

**SUMMIT BUILDERS**

54-187/3 & 4, IIInd Floor,  
Soham Mansion, M.G. Road,  
SECUNDERABAD-500 003, A.P.

नियोजक का नाम व पता Employer's Name and Address.....

नियोजक कूट संख्या Employer's Code No.....

अवधि / Period.....

2009 से, from.....

2009 से, from.....

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिसके लिए मजदूरी की अवधि की गई है No. of days for which wages paid	अंश की गई मजदूरी की कुल राशि (रुपये) Total amount of wages paid (Rs.)	काटा गया कर्मचारी अंशदान (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औसत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अभी भी कार्य पर है ? Whether still Continues Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
TOTAL								

\* अभ्युक्ति कालम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।  
\* Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

नियोजक  
Signature of the Employer

(कार्यलय प्रयोग के लिए) / (FOR OFFICIAL USE)

- दावे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
- विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गयी।  
Total of Col 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक कर्मचारी अंशदान की अंश की गयी राशि की जांच की गयी और टीक पायी गयी।  
प्रक्षेप-ज्ञापन संलग्न है।  
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order. Observation memo enclosed.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.श.लि.  
U.D.C.

प्रधान लिपिक  
Head Clerk

शाखा अधिकारी  
Branch Officer

नियोजक  
Signature of the Employer  
Authorised Signatory

AGN/ESIC/HYD/4-2002  
 प्रस्तुत करने के लिए नियत तिथि / Due date for submission  
 12 मई / 11 नवम्बर / 12th May / 11th November

निर्माणांक कूट संख्या  
 Employer Code No. 52-00-026008-00

शाखा कार्यालय का नाम  
 Name of the Branch Office. CHIKADPALLY



अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS  
 कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
 EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION  
 (विनियम 26) / (Regulation 26)

1009

कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता :  
 Name & Address of the factory or establishment :

**SUMMIT BUILDERS**  
 5-4-1073 & 4, IInd Floor,  
 Soham Mansion, M.G. Road,  
 SECUNDERABAD-500 003. A.P.

प्रधान निर्माता का विवरण Particulars of the Principal employers

क) नाम Name: SRI SHAMMOJI (PARTNER)  
 ग) पदनाम Designation: # 280, ROAD NO 25, JUBILEE HILLS  
 ग) आवासीय पता Residential Address: HYDERABAD

अंशदान अवधि Contribution Period: APRIL 2009 to SEPTEMBER 2009 तक To

मैं निम्नलिखित शर्तों के अधीन, संरक्षकों के संबंध में निर्माता व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरण में उल्लिखित कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित कार्यों में कार्य के संबंध में या इससे पहले खरीदने या नया मूल वेतन या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परीक्षा निर्माता के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरण में संबंधित अंशदान अवधि लागू होता है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार निर्माता के कर्मचारियों के संबंध में अंशदानों की अदायगी नोबलिंग चालानों द्वारा सही तरह से कर दी गयी है :-

I furnish below the details of the Employer's and Employees' Share of Contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes each & every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment or any work connected with the administration of the factory / establishment or in purchase of raw materials, sale or distribution of finished products etc. to whom the ESI Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return relates and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

कर्मचारी का शेर / Employee's Share: NIL  
 निर्माता का शेर / Employer's Share: NIL  
 कुल अंशदान / Total Contribution: NIL

चालानों के बारे में Details of Challans :-

क्र.सं. S.No.	मास Month	चालान की तिथि Date of Challan	राशि, Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

अंशदान का कुल राशि: NIL

में घोषणा करना है कि:

I declare that

(क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.ची. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।

(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.

(ख) विवरणों की अवधि के दौरान घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।

(b) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.

(ग) उक्त अवधि के दौरान अर्थाई परधान पत्र प्राप्त हुए हैं।

(c) During the above Period No. of TICs have been received.

(घ) उक्त अवधि के दौरान अर्थाई परधान पत्र प्राप्त हुए हैं।

(d) During the above Period No. of P I Cs have been received.

(ङ) उपर्युक्त अवधि के दौरान प्राप्त योगाङ्कित व्यक्तियों की स्थानों परधान पत्र वितरित किए गए हैं।

(e) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.

(च) उपर्युक्त अवधि के दौरान दुर्घटनाओं संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई है।

(f) During the above period accidents have been reported to the concerned Branch Office.

(छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(g) During the period No. of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(ज) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(h) During the period No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(झ) अवधि के दौरान आमंत्रित नियोजक के माध्यम से कर्मचारियों नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(i) During the period No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(ञ) अवधि के दौरान आमंत्रित नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(j) During the period No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(ट) अवधान की अवधि में अनु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।

(k) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-

- 1.
2.
3.
4.
5.

NIL

(ड) अवधान की अवधि में अनु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।

(l) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-

- 1.
2.
3.
4.
5.

NIL

उल्लिखित सूचनाएँ सचिवालय पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.ची. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर अभियोजन तथा क.रा.ची. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार व्याप्त महित देव अवधान और हर्जाने की वसूली हेतु कार्रवाई की जा सकती है।

The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

स्थान/Place:
दिनांक/Date:

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर/Signature & Postmark of Employer (रबड़ की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp)

Authorised Signatory

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

(40 अथवा अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा) (To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त सूचनाओं की प्रतिलिपि को सचिवालय पर सत्यापित कर लिया है तथा इसे सही पाया है।
Certified that the above return from the Records and Registers of M/s. and found it to be correct.

Signature & Seal of the Chartered Accountant with Membership No.

गणपत मंडला महाराज
चार्टर्ड लेखाकार के रूप में कार्य करते हैं



महत्वपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्त कॉलम (संख्या 9)" में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions : Information to be given in "Remarks Column (No. 9)"

- यदि कोई योग्य व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ने की तारीख" लिखें।  
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A....." (date) and / or "L....." (date)
- कृपया योग्य संख्या आगेंद क्रम में लिखें / Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4, 5 व 6 में दिए जाए।  
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4, 5 व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।  
Invariably Strike totals of Coloumn 4.5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई संशोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।  
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर और रबड़ का मोहर लगी होनी चाहिए।  
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरणों के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।  
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Coloumn 4 to two decimal places.

\* 31 मार्च को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई / For CP ending 31st March, due date is 12th May  
30 सितंबर को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 11, नवंबर / For CP ending 30th September, due date is 11th November

नियोजक का नाम व पता : Employer's Name and Address **SRI. SOHAM MARDI**

नियोजक कूट संख्या : Employer's Code No. **SD-00-026008-00-1009** अवधि : Period **APRIL-09** to **SEPT-09**

क्र.सं. Sl. No.	योग्य संख्या Insurance Number	योग्य व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिन्हें नियुक्ति अवधि में मजदूरी दी गई है No. of days for which wages paid	अदा की गई मजदूरी का कुल राशि (रुपये) Total amount of wages paid (Rs.)	कटौत गया कर्मचारी अंशदान (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औसत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अभी भी कार्य पर है? Whether still Continues Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
NIL								
TOTAL								

\* अभ्युक्त कॉलम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।  
\* Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

नियोजक के हस्ताक्षर  
Signature of the Employer

(कार्यालय प्रयोग के लिए) : (FOR OFFICIAL USE)

**For SUMMIT BUILERS**

- दावे की स्थिति का पता : Entitlement position Marked.
- विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और यही पाए गए सही राशि दर्शायी गयी  
Total of Col 5 is checked and Found correct / correct amount is indicated.

*(Signature)*  
Authorized Signatory

- नियोजक कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।  
Checked amount of Employer's / Employees contribution paid which is correct as shown in Return enclosed.

प्रतिपाद्य Counterparty

उ.प्र.वि.  
U.D.C.

प्रधान लिपिक  
Head Clerk

शाखा अधिकारी  
Branch Officer

शाखा कार्यालय का नाम  
 Name of the Branch Office **CHIKADPALLY**

नियोक्ता कूट संख्या  
 Employer Code No. **52-00-026008-000**



अंशदान विवरण / RETURN OF CONTRIBUTIONS  
**कर्मचारी राज्य बीमा निगम**  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
 (विनियम 26) / (Regulation 26)

1009

कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता :  
 Name & Address of the factory or establishment :

**SUMMIT BUILDERS**  
 5-4-157/3 & 4, Hind Floor,  
 Soham Mansion, M.G. Road,  
 SECUNDERABAD-500 093, A.P.

प्रधान नियोक्ता का विवरण Particulars of the Principal employer(s)

क) नाम Name **SRI SHAM MODI**  
 ख) पदनाम Designation **PARTNER**  
 ग) आवासीय पता Residential Address **#280, Road No. 25, JUBILEE HILLS - HYD**  
 अंशदान अवधि Contribution Period **OCTOBER-2008** from **MARCH-2009** तक To

मैं निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत करता हूँ कि विवरण में उल्लिखित कर्मचारियों का शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित किया भी कार्य के संबंध में या कारखाना/स्थापना खंगरने या बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोक्ता के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरण में उल्लिखित अंशदान-अवधि लागू है तथा अंशदान को अदायोग करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोक्ता ने कर्मचारियों के हिस्से के अंशदानों को अदायोग नोच दिया गए चानानों द्वारा सही तरह से कर दी गयी है :-

I furnish herewith details of the Employer's and Employees' Share of Contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes each & every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory/ establishment or any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase, draw, transfers, sale or distribution of finished products etc. to whom the ESI Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return relates and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

कर्मचारी का शेर / Employee's Share **NIL**  
 नियोक्ता का शेर / Employer's Share **NIL**  
 कुल अंशदान / Total Contribution **NIL**

चानानों के ब्याज Details of Challans :

क्र.सं. Sl.No.	मास Month	चानान की तिथि Date of Challan	राशि / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**NIL**

में घोषणा करता हूँ कि:

I declare that:

(क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।

(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed thereon.

(ख) निम्नलिखित की घोषणा के दौरान घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।

(ख) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.

(ग) एक वर्ष के दौरान अध्याई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।

(ग) During the above Period No. of TICs have been received.

(घ) एक वर्ष के दौरान अध्याई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।

(घ) During the above Period No. of PICs have been received.

(ङ) उपरोक्त अवधि के दौरान प्राप्त योगांकन व्यक्तियों को अध्याई पहचान पत्र विनियम किए गए हैं।

(ङ) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.

(च) उपरोक्त अवधि के दौरान दुर्घटनाएँ संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।

(च) During the above period accidents have been reported to the concerned Branch Office.

(छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(छ) During the period of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(ज) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(ज) During the period No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(झ) अवधि के दौरान आगत नियोजक के माध्यम से कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(झ) During the period No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(ञ) अवधि के दौरान आगत नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(ञ) During the period No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.

(ट) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(ट) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:

- 1.
2.
3.
4.
5.

NIL

(ड) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।

(ड) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:

- 1.
2.
3.
4.
5.

NIL

उल्लिखित सूचनाएँ रिपोर्ट पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अर्थान में ऊपर अभियोजन तथा क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार चार्ज गिहित देय अंशदान और हर्जाने की वसूली हेतु कार्यवाई की जा सकती है।

The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

FOR SUMMIT BUILDERS

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर: Signature & Designation of the Employer (रबर की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp) Authorised Signate

स्थान/Place:

दिनांक/Date:

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

(40 अथवा अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा) (To be submitted in case of employer's employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त सूचनाएँ रिपोर्ट में उल्लिखित की गई हैं और इनमें कोई त्रुटि नहीं पाई गई है। (I certify that the above return from the Records and Registers of M/s. and found to be correct.)

Signature & Seal of the Chartered Accountant with Membership No.

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त सूचनाएँ रिपोर्ट में उल्लिखित की गई हैं और इनमें कोई त्रुटि नहीं पाई गई है।

NIL

महत्वपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्ति कॉलम (संख्या 9)" में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions: Information to be given in "Remarks Colum (No. 9)"

- यदि कोई योगांकन व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ने की तारीख" लिखें।  
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or "L.....(date)".
- कृपया योगा संख्या आरोही क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में अंकड़े कॉलम 4, 5 & 6 में दिए जाएं।  
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4, 5 & 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।  
Invariably Strike totals of Column 4, 5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई संशोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।  
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।  
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरणों के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।  
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

\* 31. मार्च को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई / For CP ending 31st March, due date is 12th May

30. सितंबर को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 11, नवम्बर / For CP ending 30th September, due date is 11th November

नियोजक का नाम व पता Employer's Name and Address.....

SRI SHAM SARDAR

नियोजक कूट संख्या Employer's Code No.....

52-00-026008-000-1409

अवधि / Period.....

8.1.08

to from MARCH-09 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	योगा संख्या Insurance Number	योगांकन व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिन्हें लिए मजदूरी का अवधि को दर्शाते हैं No. of days for which wages paid	अदा की गई मजदूरी का कुल राशि (रुपये) Total amount of wages paid (Rs.)	काटा गया कर्मचारी अंशदान (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औसत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अभी भी कार्य पर है? Whether still Continues Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
NIL								
TOTAL								

\* अभ्युक्ति कॉलम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।  
\* Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

नियोजक के हस्ताक्षर  
Signature of the Employer

FOR SUMMIT BUILDERS

*(Signature)*  
Authorised Signatory

(कार्यालय प्रयोग के लिए) / (FOR OFFICIAL USE)

- राज्य की स्थिति चिह्नित। Entitlement position Marked.
- विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गयी।  
Total of Column 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।  
Employer's contribution / Employees contribution paid which is correct / correct amount is indicated.

प्रतिहस्ताक्षर Counter-signature.....

U.D.C

प्रधान निरीक्षक  
Head Clerk

शाखा अधिकारी  
Branch Officer

AGN/ESIC/HYD/4-2008 IL  
 प्रस्तुत करने के लिए नियत तिथि ' Due date for submission  
 12मई/11 नवम्बर / 12th May / 11th November

फार्म/REG FORM - 5

शाखा कार्यालय का नाम  
 Name of the Branch Office: CHIKADPALLY

नियोक्ता कूट संख्या  
 Employer Code No. 52-00-226008-000-1009



अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS  
**कर्मचारी राज्य बीमा निगम**  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**  
 (विनियम 26) / (Regulation 26)

कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता  
 Name & Address of the factory or establishment :

**SUMMIT BUILDERS**  
 5-4-15/13 & 4, 11th Floor,  
 6 Soham Mansion, M.G. Road,  
 SECUNDERABAD-500 003: A.P.

प्रधान नियोक्ता का विवरण Particulars of the Principal employer(s)

क) नाम Name: SRI. SHAM MISHRA  
 ग) पदनाम Designation: PARTNER  
 ग) आवासीय पता Residential Address: Plot No. 280, Road No. 25, Jubilee Hills - HYD  
 अंशदान अवधि Contribution Period: APRIL - 2008 से / from SEPTEMBER 2008 To

मैं निम्नलिखित विवरणों में उल्लिखित कर्मचारियों के संबंध में नियोक्ता व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणों में उल्लिखित सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के संबंध में या कर्मों मान खंगारों या नकार मान करने या वितरण आदि के संबंध में, साथ ही / परंतु नियोक्ता के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरण से संबंधित अंशदान अदा किया जाता है तथा अंशदान की अदावगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोक्ता व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान की अदावगी नाच दिए गए/चालानों द्वारा सही तरह से कर दी गयी है :-

I furnish herewith the details of the Employer's and Employees' Share of Contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes each & every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment or any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale or distribution of finished products etc. to whom the ESI Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return relates and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

कर्मचारी का शेर / Employee's Share: NIL  
 नियोक्ता का शेर / Employer's Share: NIL  
 कुल अंशदान / Total Contribution: NIL

चालानों के विवरण Details of Challans

क्र.सं. Sl.No.	मास Month	चालान की तिथि Date of Challan	गोश, Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

अंशदा की गई कुल गोश Total amount paid - Rs. NIL

मैं घोषणा करता हूँ कि  
I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उद्घोषित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।  
(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
- (ख) विवरणों की जांच के दौरान घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।  
(b) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान अर्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(c) During the above Period No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान अर्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(d) During the above Period No. of P I Cs have been received.
- (ङ) उपरोक्त क.रा.वी. के अन्तर्गत कार्यरत योग्यता वाले व्यक्तियों को अर्थाई पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।  
(e) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) उपरोक्त अवधि के दौरान दुर्घटनाओं संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।  
(f) During the above period accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान कर्मियों को ब्यापन किया गया है और इन कर्मियों को रुपये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(g) During the above period of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान अज्ञान योग्यता वाले कर्मियों को ब्यापन नहीं किया गया तथा इन कर्मियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(h) During the above period No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से कर्मियों को ब्यापन किया गया और इन कर्मियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(i) During the above period No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से कर्मियों को ब्यापन नहीं किया गया तथा इन कर्मियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(j) During the above period No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ड) अंशदान की अंशदाता हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।  
(क) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
- (ड) अंशदान की अंशदाता हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।  
(l) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.

NIL

NIL

NIL

उद्घोषित सूचनाएँ सचिवालय पर आशरित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार कर्मियों को ब्यापन करने वाले नियोजकों को दंडादेश देना होगा।  
The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

For SUMMIT BUILDERS

स्थान Place:  
दिनांक Date:

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर Signature & Designation of the Employer  
(रबड़ की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp)

*(Signature)*

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

40 अथवा अधिक कर्मियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा।  
(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

मैंने उपरोक्त रिपोर्ट को जांच किया है और उसे सही पाया है।  
I have checked the above return from the Records and Registers of M/s. and found it to be correct.

समिति का अध्यक्ष / Chairman of the Committee  
मुख्य लेखाकार के रूप में कार्य करने वाले / Acting as Chartered Accountant

महत्वपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्ति क्रॉनम (संख्या 9)" में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions: Information to be given in "Remarks Column (No. 9)"

- यदि कोई योगाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ने की तारीख" लिखें।  
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or "L.....(date)".
- कृपया बीमा संख्या आरोही क्रम में लिखें / Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान समान मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4.5 व 6 में दिए जाएं।  
Figure in Column 4.5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4.5. व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।  
Invariably Strike totals of Coloumn 4.5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई संशोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।  
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरण के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और खंड की मोहर लगी होनी चाहिए।  
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरण के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।  
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Coloumn 4 to two decimal places.

\* 31. मार्च को समान अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई / For CP ending 31st March, due date is 12th May  
30. सितंबर को समान अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 11, नवम्बर / For CP ending 30th September, due date is 11th November

नियोजक का नाम व पता : Employer's Name and Address... SRI SOHAM M.D. D.I.

नियोजक कूट संख्या Employer's Code No. 52-00-02608-000-1009 अवधि / Period APRIL-08 से SEP-08 तक to

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	योगाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिवसों की संख्या जिनके लिए मजदूरी की अवधि की गई है No. of days for which wages paid	अदा की गई मजदूरी का कुल राशि (रुपये) Total amount of wages paid (Rs.)	काटा गया कर्मचारी अंशदान (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औसत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अभी भी कार्य पर है? Whether still Continuous Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
NIL								
TOTAL								

\* अभ्युक्ति क्रॉनम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।  
Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

नियोजक के हस्ताक्षर  
Signature of the Employer  
**FOR SUMMIT BUILDERS**

(कार्यालय प्रयोग के लिए) / (FOR OFFICIAL USE)

- दावे की स्थिति चिह्नित / Entitlement position Marked.
- विवरणों के क्रॉनम - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए सही राशि दर्शायी गयी।  
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।  
प्रमाण-पत्रों में दर्शाया है।  
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order. Contribution memo enclosed.

*[Signature]*  
Authorized Signatory

प्रतिस्वीकार / Columns Signature

उ.प्र.नि.  
U.D.C.

प्रमुख नियोक्ता  
Head Clerk

शाखा अधिकारी  
Branch Officer

चार प्रतियों में  
IN QUADRUPPLICATE



नियोजक को कुट संख्या Employer's Code No. **5226008-101**

स्थानीय कार्यालय का नाम **RANIGUNT**  
Name of Local Office: **(KOMPALLY)**

**कर्मचारी राज्य बीमा निगम**  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)  
विनियम-26 (Regulation 26)

श्री. जी. प्रसाद प्रियासतया प्र. लि./DCC  
Receipt of R.C. acknowledged, Subject to verification  
RANIGUNT  
Subject to verification

**SUMMIT BUILDERS**  
5-4-187/3 & 4, IInd Floor  
Soham Mansion, M.G. Road,  
SECUNDERABAD-500 003. A.P.

कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम पूरा रूप  
Name & Address of the Factory or Establishment  
मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer:  
क) नाम / Name  
ख) पदनाम / Designation  
ग) आवासीय पता / Residential Address

कारकावधि / Period From **OCTOBER 2007** से To **MARCH 2008** तक

मैं निम्नलिखित योग्यव्यक्त व्यक्तियों से सम्बन्धित नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के प्रश्न उत्पन्न करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि विवरणी में संघ या अव्यवहित (इम्पॉइण्ड) नियोजक के माध्यम से या कारखाने / स्थापना से सम्बन्धित किसी कार्य या कारखाने / स्थापना के प्रशासन से सम्बन्धित या तन्त्र माल का उद्योग या तैयार माल के विक्रय वितरण आदि से सम्बन्धित नियोजित कर्मचारी शामिल है किन्तु इस विवरणी में सम्बन्धित अंशदान अवधि लागू है और नियोजक और कर्मचारी के अंशदान हिस्से के भुगतान संबंधित विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-कारखानों के विवरणों पर सही अदायगी कर दी गई है।

I furnish below the details of the employer's and employees' share of contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment on any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale distribution of finished products etc. to whom, the contribution period to which this return relates, applies and that the contributions in respect of employer's and employees' share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations relating to the payment of contributions vide challans detailed below:

नियोजक का योगदान के रूप में	रुपये तथा कर्मचारियों के शेर का रूप में रुपये	मिनांतर
Total contribution amount Rs.	रुपये की राशि के कुल प्रविष्टि (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से प्रस्तुत किया गया।	
447 = 00	326 = 00	121 = 00
as Employees' share and Rs.	Comprising of Rs.	as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under:
1. चालान तारीख / Challan Dated: 12-11-2007	रुपये / for Rs. 225 = 00	
2. चालान तारीख / Challan Dated: 17-12-2007	रुपये / for Rs. 221 = 00	
3. चालान तारीख / Challan Dated: -	रुपये / for Rs. -	
4. चालान तारीख / Challan Dated: -	रुपये / for Rs. -	
5. चालान तारीख / Challan Dated: -	रुपये / for Rs. -	
6. चालान तारीख / Challan Dated: -	रुपये / for Rs. -	

स्थान / Place: \_\_\_\_\_  
दिनांक / Date: \_\_\_\_\_  
महत्वापूर्ण अभिज्ञान  
हस्ताक्षर / **For SUMMIT BUILDERS**  
रि / Designation: \_\_\_\_\_

**Authorised Signatory**

1. "अभियुक्ति (सिगनेचर) कानून (संख्या ८)" में यह सूचना दी जानी चाहिए कि अंशदान अवधि में यदि कोई योग्यव्यक्त व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया गया है तथा/या नौकरी छोड़ दिता हो तो, उपरोक्त कानून (संख्या ८) में "नियुक्ति" (दिनांक) तथा/या "निवृत्ति" (दिनांक) लिखें।
2. कर्मचारी औषधालय का नाम लिखें, जिससे बीमाव्यक्त व्यक्ति संबन्धित है। (केवल ए. ए. को बार दिया जाए)
3. नयी नियुक्तियों के संबंध में कर्मचारी औषधालय का नाम लिखें किन्तु योग्यव्यक्त व्यक्ति संबन्धित है।
4. औषधालय के नाम से परिवर्तन होने की स्थिति में कर्मचारी अभियुक्ति कानून में कर्मचारी औषधालय का नाम लिखें।
5. कर्मचारी औषधालयों क्रम संख्या (आवृत्ति क्रम में) लिखें।
6. कानून ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अभिव्यक्त कालावधि में दौरान सम्बन्धित कर्मचारी अभियुक्तों के सम्बन्ध में होंगे।
7. विवरणी में कानून ४, ५ तथा ६ के जोड़ अभिव्यक्त रूप से लगाने।
8. कोई और रेटिंग नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुद्धि पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जाने चाहिये।
9. इस विवरणी के कथेक प्रारूप पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रबड़ की मोहर होनी चाहिये।
10. विवरणी में कालम ७ में निम्न फाट्टी की गणना कालम ५ के आंकड़ों की कालम ४ में आंकड़ों से २ दशमजब तक भला करवा-नी जायेगी।



- Information to be given in "Remarks Column (No.8)"
- If any insured person is appointed for the first time and/or leaves service during the contribution period, indicate A. (date) and/or "L" "date" in the remarks column (No.8)
  - Please indicate the name of Dispensary to which insured person is attached (to be furnished only once).
  - Please indicate name of Dispensary to which insured person is attached in case of new entrants.
  - In case there is change in the name of Dispensary, please indicate the name and new dispensary in the remarks column.
- Please indicate Insurance Number in chronological (ascending) Order.
  - Figures in columns 4, 5 & 6 shall be in respect of wage period ended during the contribution period.
  - In variable strike total of columns 4, 5 & 6 of the Return.
  - No over-writings shall be made. Any corrections should be signed by the employer.
  - Every page of the return should bear full signature & rubber stamp of the employer.
  - "Daily wages" in Col.7 of the return shall be calculated by dividing figures in Col.5 by figures in Col.4 to two decimal places.

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिनों के लिये मजदूरी संदेत को पाई No. of days for which wages paid	मदत मजदूरी का कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages 5-4	क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी योग्यता के अंतर्गत मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औषधालय का नाम Remarks/Name of Dispensary
1	2	3	4	5	6	7	7A	8
1	5315771	B. VENUGOPAL GOUD	60 1/2	6863	र. Rs 721	र. Rs 113.43		
TOTAL								

हस्ताक्षर  
SIGNATURE

For SUMMIT BUILDER

कर्मचारी राज्य बीमा निगम क्षेत्रीय कार्यालय के प्रयोग के लिए  
(FOR USE IN REGIONAL OFFICE OF E.S.I. CORPORATION)

Authorized Signator

विवरणों के कॉलम (4) का योग जांच किया गया और सही पाया गया। सही राशि स्थायी से लिखी गई है।  
Total of Col.(5) of the Return Checked and found correct" correct amount indicated in Pen

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

नियोजकों / कर्मचारियों के द्वारा दी गई अंशदान की राशि सही है / समीक्षा ज्ञापन संलग्न है।  
Checked the amount of employers/employees contribution paid which is in order/observation memo enclosed.

प्रधान लिपिक  
HEAD CLERK

प्रति हस्ताक्षर  
COUNTERSIGNED  
शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER

पात्रता की स्थिति चिह्नित है।  
Entitlement position marked

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर  
Countersigned

शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER

में घोषणा करता हूँ कि

I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.बी. अधिनियम, निवर्तों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।  
(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
- (ख) विवरणी की अवधि के दौरान.....घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।  
(b) During the period of Return..... No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान.....अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(c) During the above Period..... No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान.....स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।  
(d) During the above Period..... No. of P I Cs have been received.
- (ङ) उपर्युक्त अवधि के दौरान पांच बीमाकृत व्यक्तियों को.....स्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।  
(e) During the above Period..... No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) उपर्युक्त अवधि के दौरान.....दुर्घटनायें संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।  
(f) During the above period..... accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त.....कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को.....रुपये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(g) During the period No. of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 6863 have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।  
(h) During the period..... No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. NIL have been paid to such employees.
- (झ) .....अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई।  
(i) During the period..... No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ञ) .....अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई।  
(j) During the period..... No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।  
(k) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-  
1. BASIC  
2. DA  
3. HRA  
4. CCA  
5. TA  
6. EA
- (ड) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।  
(l) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-  
1. NIL  
2.  
3.  
4.  
5.

उल्लिखित सूचनाएँ रिकार्ड पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.बी. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर अभियोजन तथा क.रा.बी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार ब्याज सहित देय अंशदान और इज्जति की वसूली हेतु कार्रवाई की जा सकती है।

The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

स्थान/Place:

दिनांक/Date:

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर/Signature & Designation of the Employer

(स्वड़ की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp)

For SUMMIT BUILDERS

Authorised Signatory

### चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

(40 अथवा अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा)

(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मेसर्स.....की उक्त विवरणी को रिकार्ड एवं रजिस्टर सं सत्यापित कर लिया है तथा इसे ठीक पाया है।

Certified that I have verified the above return from the Records and Registers of M/s..... and found it to be correct.

Signature & Seal  
of the Chartered Accountant  
with Membership No.

सदस्यता संख्या सहित  
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर



चार प्रतियों में  
IN QUADRUPPLICATE

शाखा कार्यालय: कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
BRANCH OFFICE: E.S.I. CORPORATION  
रंगुण्ज / RANGUNJ  
दिनांक / DATE

प्राप्ति की तारीख / Date of Receipt.....  
वाणिज्यिक अक्षरों में प्रमाणित किया गया  
Received in Commercial Characters  
निर्वाह / Insurance  
अवधि / Period of Insurance  
प्रतिशत / Percentage Liability

नियोजक की कुट संख्या Employer's Code No. 5226008-101

स्थानीय कार्यालय का नाम Name of Local Office Kompally

QUADRUPLICATE

प्रपत्र / FORM - 6

कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)  
विनियम-26 (Regulation-26)

**SUMMIT BUILDERS**  
5-4-187/3 & 4, IInd Floor,  
Soham Mansion, M.G. Road,  
SECUNDERABAD-500 303, A.P.

आर.सी. प्राप्त हुआ  
Receipt of R.C. Acknowledged  
सत्यापन के अधीन है  
Subject to verification

अ.श्रे.लि/LDC

कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम पूरा पता  
Name & Address of the Factory or Establishment

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer

क) नाम / Name **SOHAM MODI**

ख) पदनाम / Designation **MANAGING PARTNER**

ग) आवासीय पता / Residential Address **# 280, Rd no 23, Jubilee Hills, Hyd**

कालावधि / Period From **01<sup>st</sup> April - 2007** से / To **30<sup>th</sup> September 2007** तक

मैं निम्नलिखित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के ब्यौरे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि विवरणी में सीधे या अव्यवहित (इमीडिएट) नियोजक के माध्यम से या कारखाने / स्थापना से सम्बद्ध किसी कार्य या कारखाने / स्थापना के प्रशासन से सम्बद्ध या कच्चे माल का क्रय या तैयार माल के विक्रय या वितरण आदि से सम्बद्ध प्रत्येक नियोजित कर्मचारी शामिल है जिनपर इस विवरणी से सम्बद्ध अंशदान अवधि लागू है और नियोजक और कर्मचारी के अंशदान हिस्से के भुगतान संबंधित अधिनियम व विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-चालानों के विवरणनुसार सही अदायगी कर दी गई है।

I furnish below the details of the employer's and employees' share of contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment on any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale of finished products etc. to whom, the contribution period to which this return relates, applies and that the contributions in respect of employer's and employees' share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations relating to the payment of contributions vide challans detailed below :

नियोजक के शेयर के रूप में रुपये तथा कर्मचारीयों के शेयर रूप में रुपये मिलाकर  
रुपय की राशि के कुल अधिदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संदाय किया गया।

Total contribution amount Rs. **4559 -** Comprising of Rs. **1227 -**  
as Employees' share and Rs. **3332 -** as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :

चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.
21.05.07 (April)	451 -
15.06.07 (May)	809 -
21.07.07 (June)	1139 -
23.08.07 (July)	1429 -
19.09.07 (Aug)	206 -
23.10.07 (Sep)	225 -

स्थान / Place : **Secunderabad.**

दिनांक / Date : \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर / Signature \_\_\_\_\_

पद / Designation **MANAGER ADMIN**  
**Authorized Signatory**

महत्वपूर्ण अनुदेश :

- "अभ्युक्ति (रिमावर्स) कालम (संख्या ८)" में यह सूचना दी जानी चाहिए।  
क) अंशदान अवधि में यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया गया हो तथा/या नौकरी छोड़ दिया हो ते, अभ्युक्ति कालम (संख्या ८) में "नियुक्ति" (दिनांक) तथा/या "निवृत्ति" (दिनांक) लिखें।  
ख) कृपया औषधालय का नाम लिखें, जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है। (केवल एक ही बार दिया जाए)  
ग) नयी नियुक्तियों के संबंध में कृपया औषधालय का नाम लिखें जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है।  
घ) औषधालय के नाम में परिवर्तन होने की स्थिति में कृपया अभ्युक्ति कालम में नये औषधालय का नाम लिखें।
- कृपया बीमा संख्यायें क्रमानुसार (आरोही क्रम में) लिखें।
- कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अधिदाय कालावधि के दौरान समस्त मजदूरी अवधियों के सम्बन्ध में होंगे।
- विवरणी के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अनिवार्य रूप से लगायें।
- कोई ओवर रंडिंग नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुद्धि पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जायें चाहिये।
- इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रबड़ की मोहर होनी चाहिये।
- विवरणी के कालम ७ में दैनिक मजदूरी की गणना कालम ५ के आंकड़ों को कालम ४ के आंकड़ों से २ दशमलव तक भाग करके की जायेगी।









चार प्रतियों में  
IN QUADRUPPLICATE



नियोक्ता की कुट संख्या Employer's Code No.

प्रपत्र / FORM - 6

कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)  
विनियम-26 (Regulation-26)

**SUMMIT BUILDERS**

5-4-187/3 & 4,

Soham Mansion, 3rd Floor,  
M.G Road SECUNDERABAD

कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम पूरा पता

Name & Address of the Factory or Establishment

मुख्य नियोक्ता के विवरण / Particulars of the Principal Employer

क) नाम / Name Ms. SOHAM MODI

ख) पदनाम / Designation MANAGING PARTNER

ग) आवासीय पता / Residential Address PH 280, Road no 25, Jubilee Hills, Hyderabad

कालावधि / Period From October 2006 से / To March 2007 तक

मैं निम्नांकित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोक्ता और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के ब्यौरे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि विवरणी में सीधे या अव्यवहित (इमीडिएट) नियोक्ता के माध्यम से या कारखाने / स्थापना से सम्बद्ध किसी कार्य या कारखाने / स्थापना के प्रशासन से सम्बद्ध या कच्चे माल का क्रय या तैयार माल के विक्रय या वितरण आदि से सम्बद्ध प्रत्येक नियोजित कर्मचारी शामिल है जिनपर इस विवरणी से सम्बद्ध अंशदान अवधि लागू है और नियोक्ता और कर्मचारी के अंशदान हिस्से के भुगतान संबंधित अधिनियम व विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-चालानों के विवरणनुसार सही अदायगी कर दी गई है।

I furnish below the details of the employer's and employees' share of contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment on any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale distribution of finished products etc. to whom, the contribution period to which this return relates, applies and that the contributions in respect of employer's and employees' share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations relating to the payment of contributions vide challans detailed below :

नियोक्ता के शेयर के रूप में रुपये तथा कर्मचारीयों के शेयर रूप में रुपये मिलाकर रुपये की राशि के कुल अभिदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संदाय किया गया।  
Total contribution amount Rs. 14531 = Comprising of Rs. 3911 =  
as Employees' share and Rs. 10619 = as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :

चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.
21 <sup>st</sup> November 2006	2382 =
19 December 2006	2426 =
23 January 2007	2477 =
22 February 2007	2255 =
21 March 2007	2330 =
27 April 2007	2361 =

स्थान / Place : Secunderabad

दिनांक / Date : 12/06/07

हस्ताक्षर / Signature

पद / Designation

**SUMMIT BUILDERS**

Authorised Signatories

महत्वपूर्ण अनुदेश :

- "अभ्युक्ति (रिमावर्स) कालम (संख्या ८)" में यह सूचना दी जानी चाहिए।  
क) अंशदान अवधि में, यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया गया हो तथा/या नौकरी छोड़ दिया हो तो, अभ्युक्ति कालम (संख्या ८) में "नियुक्ति" (दिनांक) तथा/या "निवृत्ति" (दिनांक) लिखें।  
ख) कृपया औषधालय का नाम लिखें, जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है। (केवल एक ही बार दिया जाए)  
ग) नयी नियुक्तियों के संबंध में कृपया औषधालय का नाम लिखें जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है।  
घ) औषधालय के नाम में परिवर्तन होने की स्थिति में कृपया अभ्युक्ति कालम में नये औषधालय का नाम लिखें।
- कृपया बीमा संख्यायें क्रमानुसार (आरोही क्रम में) लिखें।
- कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अभिदाय कालावधि के दौरान समस्त मजदूरी अविधियों के सम्बन्ध में होंगे।
- विवरणी के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अनिवार्य रूप से लगायें।
- कोई और रेटिंग नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुद्धि पर नियोक्ता द्वारा हस्ताक्षर किये जाने चाहिये।
- इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोक्ता के पूरे हस्ताक्षर तथा रबड़ की मोहर होनी चाहियें।
- विवरणी के कालम ७ में दैनिक मजदूरी की गणना कालम ५ के आंकड़ों को कालम ४ के आंकड़ों से २ दशमलव तक भाग करके की जायेगी।

**Important Instructions :**

1. Information to be given in "Remarks Column (No.8)"
  - i) If any insured person is appointed for the first time and/or leaves service during the contribution period, indicate A (date) and/or "L" "date" in the remarks column (No.8)
  - ii) Please indicate the name of Dispensary to which insured person is attached (to be furnished only once).
  - iii) Please indicate name of Dispensary to which insured person is attached in case of new entrants.
  - iv) In case there is change in the name of Dispensary, please indicate the name and new dispensary in the remarks column.
2. Please indicate Insurance Number in chronological (ascending) Order.
3. Figures in columns 4, 5 & 6 shall be in respect of wage period ended during the contribution period.
4. In variable-strike total of columns 4, 5 & 6 of the Return.
5. No over-writings shall be made. Any corrections should be signed by the employer.
6. Every page of the return should bear full signature & rubber stamp of the employer.
7. "Daily wages" in Col.7 of the return shall be calculated by dividing figures in Col.5 by figures in Col.4 to two decimal places.

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संवत् को गई No. of days for which wages paid	संवत् मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages 5 ÷ 4	क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औषधालय का नाम Remarks/Name of Dispensary
1	2	3	4	5	6	7	7A	8
				रु. Rs. पै. P.	रु. Rs. पै. P.	रु. Rs. पै. P.		
/								
TOTAL								

हस्ताक्षर  
SIGNATURE

**SUMMIT BUILDERS**

कर्मचारी राज्य बीमा निगम क्षेत्रीय कार्यालय के प्रयोग के लिए  
(FOR USE IN REGIONAL OF E.S.I. CORPORATION)

*[Signature]*  
Authorised Signatories

पात्रता की स्थिति चिन्हित है।  
Entitlement position marked

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

विवरणों के कॉलम (५) का योग जांच किया गया और सही पाया गया। सही राशि स्थायी से लिखी गई है।  
Total of Col.(5) of the Return Checked and found correct" correct amount indicated in Pen

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर  
Countersigned

नियोजको / कर्मचारियों के द्वारा दी गई अंशदान की राशि सही है / समीक्षा ज्ञापन संलग्न है।  
Checked the amount of employers/employees contribution paid which is in order/observation memo enclosed.

शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER

प्रति हस्ताक्षर  
COUNTERSIGNED  
शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER

प्रदान लिपिक  
HEAD CLERK



कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-6A

की कूट संख्या  
Employer's Code No. **52-26008-101**

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी सदात को गई No. of days for which wages paid	सदात मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औषधालय का नाम Remarks/Name of Dispensary
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
1	5315723	V. Phanender	176	26326	-	460	30	149	57	yes	
2	5315724	Sunil Kumar	176	31593	-	552	50	179	50	11	
3	5315725	P. Narinder	179.5	21470	-	374	-	119	61	11	
4	5315726	G. Jai Kumar	174.5	18253	-	320	10	104	60	11	
5	5315727	K. Sridhar	88	18195	-	318	40	206	76	Left Service	
6	4400042	M. Roopa	174	26034	-	454	25	149	62	yes	
7	4400043	Y. Veena Devi	181	22134	-	387	80	122	28	11	
8	5315767	P. Solomon	181	40586	-	710	10	224	23	11	
9	5315768	Laxmikanth	116	18957	-	332	-	163	42	11	
<b>TOTAL</b>					202548						

HEAD CLERK

BRANCH OFFICER

हस्ताक्षर / Signature



क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी सदत् को गई No. of days for which wages paid	सदत् मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5÷4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औषधालय का नाम Remarks/Name of Dispensary
				₹./Rs.	पै/P	₹./Rs.	पै/P	₹./Rs.	पै/P		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	7A	8
TOTAL											

हस्ताक्षर  
SIGNATURE

कर्मचारी राज्य बीमा निगम क्षेत्राध्य कार्यालय के प्रयोग के लिए  
(FOR USE IN REGIONAL OF E.S.I. CORPORATION)

पात्रता की स्थिति चिन्हित है।  
Entitlement position marked

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर  
Countersigned

शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER

विवरण के कॉलम (५) का योग जाँच किया गया और  
सही पाया गया। सही राशि स्थायी से लिखी गई है।  
Total of Col.(5) of the Return Checked and found  
correct" correct amount indicated in Pen

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

नियोजको / कर्मचारियों के द्वारा दी गई  
अंशदान की राशि सही है / समीक्षा ज्ञापन संलग्न है।  
Checked the amount of employers/employees contribution  
paid which is in order/observation memo enclosed.

प्रति हस्ताक्षर  
COUNTERSIGNED  
शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER

प्रदान लिपिक  
HEAD CLERK



चार प्रतियों में  
IN QUADRUPPLICATE



नियोजक की कुट संख्या Employer's Code No.

प्रपत्र / FORM - 6

5226008-10

स्थानीय कार्यालय का नाम  
Name of Local Office

Rauingunj

**कर्मचारी राज्य बीमा निगम**  
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)

विनियम-26 (Regulation-26)

**SUMMIT BUILDERS**

5-4-187/3 & 4,

कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम पूरा पता  
Name & Address of the Factory or Establishment

Soham Mansion, 3rd Floor,  
M.G. Road, SECUNDERABAD

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer:

क) नाम / Name **MR. SOHAM MODI**

ख) पदनाम / Designation **MANAGING PARTNER**

ग) आवासीय पता / Residential Address **# 280, Road no 25, Jubilee Hills, Hyderabad**

कालावधि / Period From **May 2006** से / To **September 2006** तक

मैं निम्नांकित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के ब्यौरे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि विवरणी में सीधे या अव्यवहित (इमीडिएट) नियोजक के माध्यम से या कारखाने / स्थापना से सम्बद्ध किसी कार्य या कारखाने / स्थापना के प्रशासन से सम्बद्ध या कच्चे माल का क्रय या तैयार माल के विक्रय या वितरण आदि से सम्बद्ध प्रत्येक नियोजित कर्मचारी शामिल है जिनपर इस विवरणी से सम्बद्ध अंशदान अवधि लागू है और नियोजक और कर्मचारी के अंशदान हिस्से के भुगतान संबंधित अधिनियम व विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-चालानों के विवरणनुसार सही अदायगी कर दी गई है।

I furnish below the details of the employer's and employees' share of contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes every employee, employed directly or through an immediate employer or inconnection with the work of the factory / establishment on any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale distribution of finished products etc. to whom, the contribution period to which this return relates, applies and that the contributions in respect of employer's and employees' share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations relating to the payment of contributions vide challans detailed below :

नियोजक के शेयर के रूप में	रुपये तथा कर्मचारीयों के शेयर रूप में रुपये	मिलाकर
Total contribution amount Rs. <b>12906/-</b>	रुपय की राशि के कुल अधिदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संदाय किया गया।	Comprising of Rs. <b>3474-77</b>
as Employees' share and Rs. <b>9428-57</b>	as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :	
1. चालान तारीख / Challan Dated <b>20<sup>th</sup> July 2006</b>	रुपये / for Rs.	<b>4525 -</b>
2. चालान तारीख / Challan Dated <b>20<sup>th</sup> July 2006</b>	रुपये / for Rs.	<b>2147 -</b>
3. चालान तारीख / Challan Dated <b>21<sup>st</sup> August 2006</b>	रुपये / for Rs.	<b>2314 -</b>
4. चालान तारीख / Challan Dated <b>21<sup>st</sup> September 2006</b>	रुपये / for Rs.	<b>1911 -</b>
5. चालान तारीख / Challan Dated <b>20<sup>th</sup> October 2006</b>	रुपये / for Rs.	<b>2009 -</b>
6. चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.	

स्थान / Place :

**Secunderabad**

हस्ताक्षर / Signature

दिनांक / Date :

**12/06/2007**

पद / Designation

**SUMMIT BUILDERS**

Authorised Signatories

महत्वपूर्ण अनुदेश :

- “अभ्युक्ति (रिमावर्स) कालम (संख्या ८)” में यह सूचना दी जानी चाहिए।  
क) अंशदान अवधि में, यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया गया हो तथा/या नौकरी छोड़ दिया हो तो, अभ्युक्ति कालम (संख्या ८) में “नियुक्ति” (दिनांक) तथा/या “निवृत्ति” (दिनांक) लिखें।  
ख) कृपया औषधालय का नाम लिखें, जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है। (केवल एक ही बार दिया जाए)  
ग) नयी नियुक्तियों के संबंध में कृपया औषधालय का नाम लिखें जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है।  
घ) औषधालय के नाम में परिवर्तन होने की स्थिति में कृपया अभ्युक्ति कालम में नये औषधालय का नाम लिखें।
- कृपया बीमा संख्यायें क्रमानुसार (आरोही क्रम में) लिखें।
- कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अधिदाय कालावधि के दौरान समस्त मजदूरी अविधियों के सम्बन्ध में होंगे।
- विवरणों के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अनिवार्य रूप से लगायें।
- कोई और रेंटिंग नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुद्धि पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जाने चाहिये।
- इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रबड़ की मोहर होनी चाहियें।
- विवरणों के कालम ७ में दैनिक मजदूरी की गणना कालम ५ के आंकड़ों को कालम ४ के आंकड़ों से २ दशमलव तक

**Important Instructions :**

- Information to be given in "Remarks Column (No.8)"
  - If any Insured person is appointed for the first time and/or leaves service during the contribution period, indicate A (date) and/or "L" "date" in the remarks column (No.8)
  - Please indicate the name of Dispensary to which insured person is attached (to be furnished only once).
  - Please indicate name of Dispensary to which insured person is attached in case of new entrants.
  - In case there is change in the name of Dispensary, please indicate the name and new dispensary in the remarks column.
- Please indicate Insurance Number in chronological (ascending) Order.
- Figures in columns 4, 5 & 6 shall be in respect of wage period ended during the contribution period.
- In variable strike total of columns 4, 5 & 6 of the Return.
- No over-writings shall be made. Any corrections should be signed by the employer.
- Every page of the return should bear full signature & rubber stamp of the employer.
- "Daily wages" in Col.7 of the return shall be calculated by dividing figures in Col.5 by figures in Col.4 to two decimal places.

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिनों के लिये मजदूरी संवत् को गई No. of days for which wages paid	संवत् मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	अस्पताल का नाम Remarks/Name of Dispensary
						₹. Rs.	₹. P.		
1	2	3	4	5	6	7	7A	8	
				₹. Rs.	₹. P.	₹. Rs.	₹. P.		
						TOTAL			

कर्मचारी राज्य बीमा निगम क्षेत्रीय कार्यालय के प्रयोग के लिए  
(FOR USE IN REGIONAL OF E.S.I. CORPORATION)

**SUMMIT BUILDERS**  
5.4.1977/2 & 4  
Authorized Signatories

विवरणों के कॉलम (५) का योग जांच किया गया और सही पाया गया। सही राशि स्याही से लिखी गई है।  
Total of Col.(5) of the Return Checked and found correct" correct amount indicated in Pen

नियोजकों / कर्मचारियों के द्वारा दी गई अंशदान की राशि सही है / समीक्षा ज्ञापन संलग्न है।  
Checked the amount of employers/employees contribution paid which is in order/observation memo enclosed.

प्रति हस्ताक्षर  
COUNTERSIGNED  
शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER

प्रदान लिपिक  
HEAD CLERK

पात्रता की स्थिति चिन्हित है।  
Entitlement position marked

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर  
Countersigned

शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER