

स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम
 Local Office : E.S.I. Corporation
 चिकित्सालय / CHIKKADAPALLY
 आर.सी. प्राप्त हुआ, सत्यापन के अधीन है
 Receipt of R.C. acknowledged, Subject to Verification
 3/11/11
 Employer Code No. 52-02-026006-000-1009

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



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

MODI VENTURES
 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 MODI
 ख) पदनाम Designation: PARTNER
 ग) आवासीय पता Residential Address: PLOT 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD
 अंशदान अवधि Period: APRIL - 2010 से / from SEPTEMBER 2010 To

मैं निम्नलिखित विवरणों में, महिनोओ के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के व्योम 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 क्रियाओं भी कार्य के संबंध में या कर्म मान खर्च देने या नकार मान देने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परीक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणों के संबंध में अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चानानों द्वारा गृहीत कर में 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: 4985 = 00
 नियोजक का शेर / Employer's Share: 13536 = 00
 कुल अंशदान / Total Contribution: 18521 = 00

चानानों के व्योम Details of Challans

क्र.सं. Sl No	माह Month	चानान की तारीख Date of Challan	राशि Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	APRIL-2010	21-5-10	2734	SBI MA Road SEC
2.	MAY-2010	24-6-10	3515	"
3.	JUNE-2010	09-7-10	2407	"
4.	JULY-2010	11-8-10	2390	"
5.	AUG-2010	23-9-10	3972	"
6.	SEPT-2010	26-10-10	3503	"
7.				
8.				
9.				
10.				

अंदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 18521 = 00 रूपए

में घोषणा करना 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 therein.
- (ख) दिवसों की अवधि के दौरान.....घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(b) During the period of Return 02 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 PI Cs have been received.
- (ङ) उचित अवधि के दौरान प्राप्त बीमाकृत व्यक्तियों को.....स्थाई पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(e) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) उचित अवधि के दौरान.....दुर्घटनाओं संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।
(f) During the above period NO accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान उचित दाय निवृत्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(g) During the period 11 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 284928/- have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान उचित दाय निवृत्त कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(h) During the period NA No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान आमतौर 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 NIL No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. NIL have been paid to such employees.
- (ञ) अवधि के दौरान आमतौर 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 NIL No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. NIL have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अदायगी 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. BASIC
2. DA
3. HRA
4. CCA
5. IA
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.
2. NIL
3.
4.
5.

उल्लिखित सूचनाएँ रिकार्ड पर आधारित हैं और यदि कोई सुचना 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 रहित 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 prosecution 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 मेने मैगर्स.....की उक्त विवरणी को रिकार्ड एवं रजिस्टर से 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

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

- यदि कोई योगाकृत व्यक्ति पदवी वाग 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 गंख्या आगती क्रम में लिखें। Please Indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान यमान मजदूरी अवधि के संबंध में आकड़े 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 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 विवरणी 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.
- 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 Column 4 to two decimal places.

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

MODI VENTURES

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

नियोजक का नाम व पता Employer's Name and Address... SRI S. HAMMAI (PARTNER)
नियोजक कूट गंख्या Employer's Code No. 52-00-026006-000-1009
अवधि / Period. APRIL-10 से SEPT-10 तक to

क्र. सं. Sl. No.	बीमा गंख्या Insurance Number	योगाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की गंख्या जिसके लिए मजदूरी की प्रवर्गी की गई है No. of days for which wages paid	अदा की गई मजदूरी की कुल गंभी (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
1	5315194	Selvan Kumar	179	31462-00	552	175-76	YES	
2	5315212	D. Raj Kumar	53	10511-00	184	198-32		LEFT
3	5315213	J. Selva Kumar	179 1/2	35504-00	623	197-79	YES	
4	5794072	N. Raj Kumar	171 1/2	30328-00	529	176-83	YES	
5	5794073	C. Nagaraju	36	7457-00	130	207-13		LEFT
6	5890844	D. K. Reddy	180	48150-00	844	267-50	YES	
7	7263775	A. Vijay Kumar	58 1/2	9193-00	161	157-14		LEFT
8	7486958	M. Nagarajuna	61	25624-00	448	420-06	YES	
9	7486959	L. Manjun	18 1/2	6654-00	116	359-67		leave
10	4399928	M. Keshavi	153	59945-00	1050	391-79	YES	
11	6163708	R. Rani	127 1/2	20100-00	353	157-64	YES	
TOTAL			1217.5	284928	4990=00			

* 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.

For MODI VENTURES:

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of the Employer

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

Authorised Signator

- वागे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
- विवरण के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और यही 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।
प्रक्षेप-ज्ञापन संलग्न है।
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order / observation memo enclosed.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.श्रे.नि.
U.D.C.

प्रधान निपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



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

CHIKRIPALLY

नियोजक कूट संख्या
Employer Code No.

52-00-026006-000-100



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

5-4-187/3 & 4, IIInd Floor,
Soham Mansion, M.G. Road,
HYDERABAD-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 Modi

ख) पदनाम Designation : Partner

ग) आवागोश पता Residential Address : Plot No. 280, Road No. 25, JUBILEE HILLS - HYD

अंशदान अवधि Contribution Period : OCTOBER 2009 TO MARCH 2010 तक To

मैं निम्नलिखित संयोजित व्यक्तियों, महिनोओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिसाब के अंशदान के बारे में 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 किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने 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 में संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने में संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिसाब के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए 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 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 : 5488 = 00

नियोजक का शेर / Employer's Share : 14896 = 00

कुल अंशदान / Total Contribution : 20384 = 00

चालानों के बारे में : 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.	OCT-2009	20-11-09	3494	SBI MG Road Sec
2.	NOVEMBER	17-12-09	3503	"
3.	DECEMBER	19-01-10	3307	"
4.	JANUARY-10	19-02-10	3274	"
5.	FEBRUARY	19-03-10	3532	"
6.	MARCH	16-04-10	3273	"
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 20383 = 00 रूपए

में घोषणा करना है कि:
I declare that

- (क) सभी रिकॉर्ड तथा रजिस्टर क.रा.सी. 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) विवरणों की अवधि के दौरान.....घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(b) During the period of Return NIL No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान.....अस्थायी पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period NIL No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान.....स्थायी पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period NIL No. of PI Cs have been received.
- (ङ) अर्भुक्त अवधि के दौरान प्राप्त योगांकृत व्यक्तियों को.....स्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(e) During the above Period NIL No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) अर्भुक्त अवधि के दौरान.....दुर्घटनाएँ संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।
(f) During the above period NA 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. 10 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 33581/- 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 NIL 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 आयुक्त नियंत्रक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त नथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(i) During the period NA No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. NA have been paid to such employees.
- (ञ) अवधि के दौरान आयुक्त नियंत्रक 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 NIL No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. NIL have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अवधारणा 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 अवधारणा 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.

FOR MODI VENTURES

Authorised Signatory

स्थान/Place:

दिनांक/Date: 23-4-10

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

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

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

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

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मंत्रालय.....की उक्त विवरणी को रिकॉर्ड 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

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

- यदि कोई योग्यकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदा 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 आरोही क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान सम्पन्न 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.

MODI VENTURES
5-4-197/3 & 4, IInd Floor,
Soham Mansion, M.G. Road,
HYDERABAD-500 003. A.P.

* 31. मार्च को सम्पन्न अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई / For CP ending 31st March, due date is 12th May
30. सितंबर को सम्पन्न 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 modi Partner
नियोजक कूट संख्या : Employer's Code No. 52-00-026006-000-1509 अवधि / Period. Oct-09 से 10th तक / to

क्र.सं. Sl. No.	योग्य संख्या Insurance Number	योग्यकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिनके 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
1	5315190	PanvirKhan	168	41507/-	727	247=06	Yes	
2	5315194	K. Sivadank	173 1/2	28555/-	498	164=58	Yes	
3	5315212	D. Rajkumar	169	30615/-	536	181=15	Yes	
4	5315213	Selvakumar	182	32915/-	576	180=85	Yes	
5	5794072	N. Rajkumar	181	29278/-	512	161=75	Yes	
6	5794073	C. Nagaraju	157 1/2	33039/-	579	209=77	Yes	
7	5890844	D. K. Reddy	182	41634/-	726	228=75	Yes	
8	6163775	Arjyay	166	24407/-	426	146=99	Yes	
9	6163708	A. Rami	177	26027/-	455	147=04	Yes	
10	6163709	Chandratola	174	25609/-	448	147=17	Yes	
TOTAL			1730	313581/-	5483/-			

FOR MODI VENTURES

* 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
[Signature]
Authorized Signatory

(कार्यालय 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।
प्रश्न-ज्ञापन संलग्न है।
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order / observation memo enclosed.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.श्री.नि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



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)

नियोजक कूट संख्या
Employer Code No. 52-26006-101

52-26006-101

SRI SOHAM M.D.O. VENTURES
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.D.O.
 ख) पदनाम / Designation : PARTNER
 ग) आवासीय पता / Residential Address : Plot No. 280, Road No. 25, Jubilee Hills - H.Y.D.

अंशदान अवधि / Contribution Period : APRIL 2009 से / from SEPTEMBER 2009 तक / to

मैं निम्नलिखित ब्यक्तियों / महिलाओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के ब्यारे 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 किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या तैयार माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और त्रिन पर विवरणी से संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा सही तरह से कर दी गयी हैं :-

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 ESIC 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 शेयर / Employee's Share..... 5334 = 00
 नियोजक का शेयर / Employer's Share..... 14479 = 00
 कुल अंशदान / Total Contribution..... 19813 = 00

चालानों के ब्यारे / 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.	APRIL - 09	19-5-09	3640	3032 SBI - M.G. Road - SEC
2.	MAY - 09	19-6-09	3485	- 0 -
3.	JUNE - 09	17-7-09	3658	- 4 -
4.	JULY - 09	12-8-09	2754	- 4 -
5.	AUGUST - 09	18-9-09	2847	- 4 -
6.	SEPT - 09	15-10-09	3428	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 19812 = 00 रूपए

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।
(ख) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
(ग) विवरणों को अवधि के दौरान घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(घ) During the period of Return 24 No. of Declaration Forms have been submitted.
(ङ) उक्त अवधि के दौरान अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(च) During the above Period Nil No. of TICs have been received.
(छ) उक्त अवधि के दौरान स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(ज) During the above Period Nil No. of PI Cs have been received.
(झ) उपर्युक्त अवधि के दौरान पात्र बीमाकृत व्यक्तियों को स्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(ञ) During the above Period Nil No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
(ट) उपर्युक्त अवधि के दौरान दुर्घटनाओं संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई है।
(थ) During the above period No accidents have been reported to the concerned Branch Office.
(द) अवधि के दौरान द्राग द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।
(ध) During the period No. of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 304798 have been paid to such employees.
(ण) अवधि के दौरान द्राग सीधे नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(न) During the period Nil No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. Nil have been paid to such employees.
(त) 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।
(ति) During the period NA No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. NA have been paid to such employees.
(थी) 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।
(ति) During the period Nil No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. Nil have been paid to such employees.
(ड) अंशदान को अवधियों 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. BASIC
2. DA
3. HRA
4. CCA
5. TA
6. PF
(ख) अंशदान को अवधियों हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।
(ल) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1. Nil
2.
3.
4.
5.

उल्लिखित सूचनाएं 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 ब्याज सहित 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 prosecution 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:

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

दिनांक/Date:

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

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

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

1. 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)".
2. कृपया बीमा संख्या आरोहो क्रम में लिखें। / Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
3. अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आकड़े 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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 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

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

नियोजक का नाम व पता / Employer's Name and Address..... SRI. S. SHAM. MODI (PARTNER)

नियोजक कूट संख्या / Employer's Code No. 25006 अवधि / Period. APRIL - 09 से / from SEPT - 09 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिन्हें 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
1	5315190	YANVIRKHAN	183	44886	786	245=27	YES	
2	5315193	SRAMBABU	91	25434	444	279=49	LEFT	
3	5315194	K.SRIVANKUMAR	174 1/2	28525	499	16.3=46	YES	
4	5315212	D.RASKUMAR	178 1/2	32119	562	179=93	YES	
5	5315213	J.SELVAKUMAR	166 1/2	29951	524	179=88	YES	
6	5794072	M.RASKUMAR	183	29436	516	160=85	YES	
7	5794073	C.NAGARAJU	145 1/2	30374	531	208=75	YES	
8	5883355	P.PRASHAKA	10 1/2	10564	184	208=79	LEFT	
9	5890844	D.K.RENDY	181	41172	718	227=46	YES	
10	APPLIED	P.RASKUMAR	30	6939	121	231=30	LEFT	
11	5955594	M.RANSITH	80	16787	294	209=83	LEFT	
12	4	R.RANJI	28	4163	73	148=67	YES	
13	4	S. SHANKAR	30	4450	78	148=66	YES	

For MODI VENTURES

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

नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित
Signature of the Employer / Authorised Signatory

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

1. दावे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
2. 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.
1. नियोजक/कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक 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.श्री.नि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



चार प्रतियों में
IN QUADRUPPLICATE

प्रपत्र / FORM - 6

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

अंशदान विवरण (Statement of Contribution)
विशेष अंशदान (Special Contribution)

नियोजक को देते संख्या Employer's Code No.

5226006

स्थानीय कार्यालय का नाम
Name of Local Office

KOMPALLY

Chi Keshpal

अंश.सौ.प्राप्त हुआ
Receipt of R.C. Acknowledged
सत्यापन के अधीन है
Subject to verification

अ.शे.सि/LDC

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

MODI VENTURES

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer

5-4-187/3 & 4 1st Floor,
Soham Mansion, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003. A.P.

क) नाम / Name

ख) पदनाम / Designation

ग) आवासीय पता / Residential Address

कारावाधि / Period From

APRIL 08

से / To SEPTEMBER 2008 तक

मैं निम्नांकित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के ब्याज प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि विवरणों में सीधे या अत्यवहित (इम्पीडिएट) 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 विवरणों से सम्बद्ध अंशदान अवधि लागू है और नियोजक और कर्मचारी के अंशदान हिस्से के पुनर्गठन संबंधित अधिनियम व विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-चालानों के विवरणों के साथ अंशदायी कर दी गई है।

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 कर्मचारियों के शेयर रूप में रुपये

मिलाकर

रुपय की राशि के कुल अंशदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संदाय किया गया।

Total contribution amount Rs. 18621 = 00 Comprising of Rs. 5013 = 00
as Employees' share and Rs. 13607 = 00 as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :

चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.
15-5-2008	3278 = 00
16-6-2008	3025 = 00
14-7-2008	3100 = 00
14-8-2008	2955 = 00
16-9-2008	3283 = 00
17-10-2008	2980

स्थान / Place : RANIGUNT

दिनांक / Date :

महत्वपूर्ण अनुदेश :

हस्ताक्षर / Signature

पद / Designation

Authorised Signatory

- "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 बीमाकृत किया 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 औषधानय का नाम लिखें।
- कृपया बीमा संख्यायें क्रमानुसार (आरोही क्रम में) लिखें।
- कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अभिर्दाय कारावाधि के दौरान समस्त मजदूरी अवधियों के सम्बन्ध में होंगे।
- विवरणों के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अनिवार्य रूप से लगाने।
- कोई और रेंटिंग नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुद्धि पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जायें चाहिये।
- इस विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रजिड की मोहर होनी चाहिये।
- विवरणों के कालम ७ में दैनिक मजदूरी की गणना कालम ५ के आंकड़ों के कालम ४ के आंकड़ों से २ दशमरत्न तक भाग करके की जायेगी।

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 "I" "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 दिन के लिये मजदूरी संतत की गई No. of days for which wages paid	संतत 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.		
1	5315190	TANVEER KHAN	183	408806	714=00	222=98	YES	
2	5315191	P. DAYAL	182	37878	652=00	208=12	YES	
3	5315193	J. RAM BABU	183	435221	762=00	237=83	YES	
4	5315194	K. SRAYAN KUMAR	181 1/2	26982	471=00	148=66	YES	
5	5315211	N. VINOD KUMAR	90	20176	353=00	224=17	LEFT	
6	5315212	D. RAJ KUMAR	176	28780	503=00	163=52	YES	
7	4399923	V. SUNITHA	177	35518	621=00	200=66	YES	
8	6010432	S. LAXMINARSIAN	139	24798	433=00	178=40	LEFT	
9	5315213	KVL N. RAJ	15 1/2	2460	43=00	158=70	LEFT	
10	5315214	N. RAJ KUMAR	92	13380	238=00	145=43	YES	
11	-11-	C. NAGARAJU	60 1/2	12169	213=00	201=14	YES	
579 TOTALS				286471	5009=00			

हस्ताक्षर
SIGNATURE

For MODI VENTURES

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

पात्रता की स्थिति चिह्नित है।
Entitlement position marked

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


Authorised Signatory

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

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.

प्रति हस्ताक्षर
Countersigned

प्रदान लिपिक
HEAD CLERK

शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER

प्रति हस्ताक्षर
COUNTERSIGNED
शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER

में घोषणा करता हूँ कि

I declare that

(क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.बी. 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.....अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।

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

(ङ) उपयुक्त अवधि के दौरान पात्र 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) उपयुक्त अवधि के दौरान.....दुर्घटनाएँ संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।

(f) During the above period N/A 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. 11 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 286471 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 N/A No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. N/A have been paid to such employees.

(ज)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 NIL No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. NIL 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.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

NIL

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 व्याज सहित 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:

52-26006-101

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)

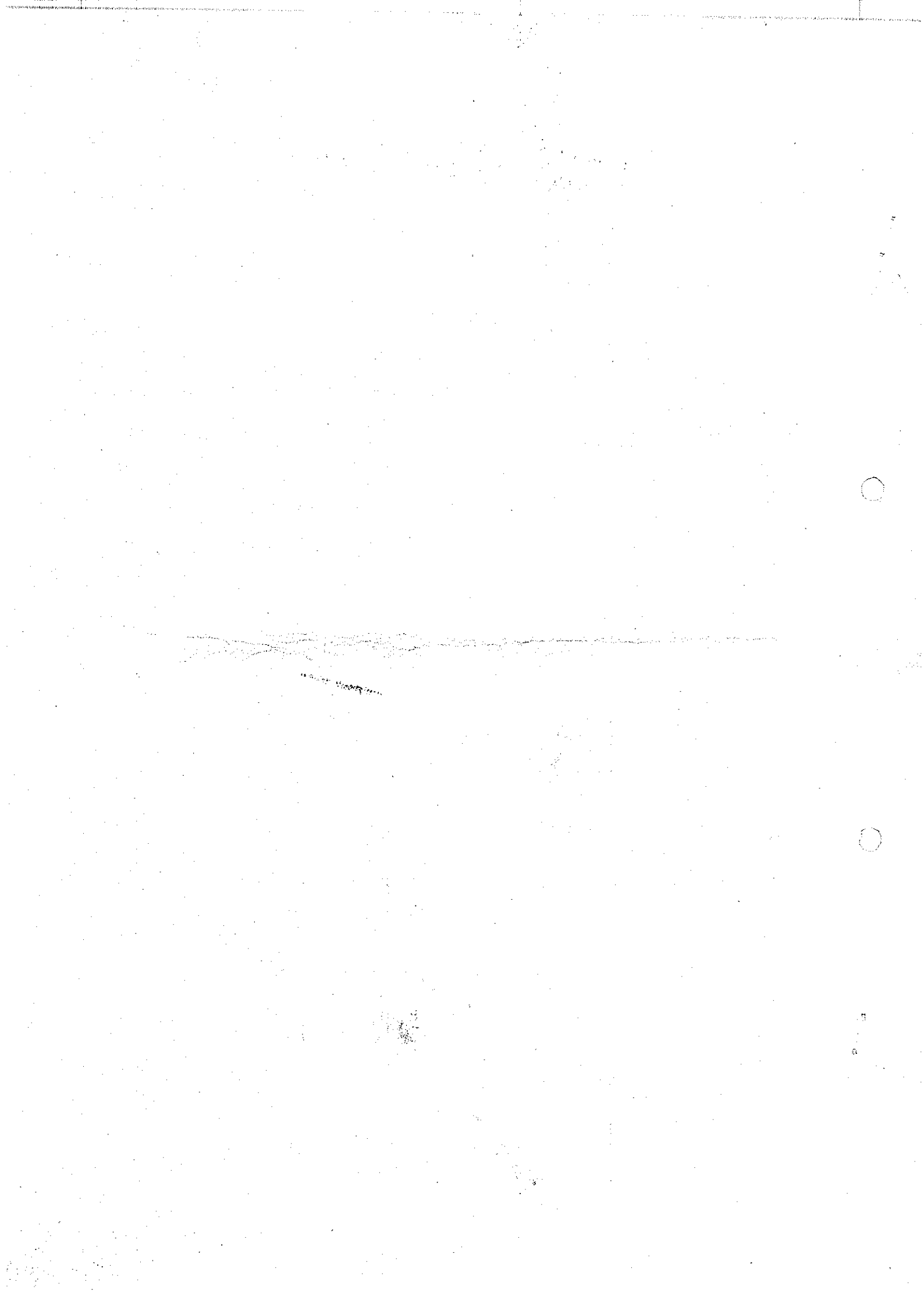
(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मेसर्स.....की उक्त विवरणों को रिकार्ड एवं रजिस्टर से 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



नियोजक की कुट संख्या Employer's Code No. 52 26006-101

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

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

स्थानीय कार्यालय का नाम RANIGUNJ
Name of Local Office

राज्य कार्यालय: राज्य बीमा निगम
State Office: E.S.I. Corporation
Receipt of Receipt Acknowledged
संस्थापन के अधीन है
Subject to verification
आर.सी. प्राप्त किया/सत्यापन के अधीन है
Receipt of R.C. acknowledged/Subject to Verification

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

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

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer :

क) नाम / Name

ख) पदनाम / Designation

ग) आवासीय पता / Residential Address

कारावधि / Period From OCTOBER 2007 से / To MARCH-2008 तक

मैं निम्नलिखित बोधायक व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के ब्यौरे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एकदम घोषणा करता हूँ कि विवरणी में बोधे वा 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 किन्तु इस विवरणी से सम्बद्ध अंशदान अवधि लागू है और नियोजक और कर्मचारी के अंशदान हिस्से के गतान संबंधित अधिनियम व विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-घटकों के विकसित/प्रतिपत्ति मही अदावगी 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 की ओर से रु. में	रुपये तथा कर्मचारियों के श्रेणियों के रूप में रुपये	मिलान
Total contribution amount Rs. <u>30958 = 00</u>	रुपये की राशि के कुल प्रतिशत (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संतुष्ट किया गया।	Comprising of Rs. <u>8334 = 00</u>
as Employees' share and Rs. <u>22624 = 00</u>		as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :
1. चालान तारीख / Challan Dated: <u>6-11-2007</u>	रुपये / for Rs. <u>4414 = 00</u>	
2. चालान तारीख / Challan Dated: <u>13-12-2007</u>	रुपये / for Rs. <u>5272 = 00</u>	
3. चालान तारीख / Challan Dated: <u>18-1-2008</u>	रुपये / for Rs. <u>5783 = 00</u>	
4. चालान तारीख / Challan Dated: <u>20-2-2008</u>	रुपये / for Rs. <u>5776 = 00</u>	
5. चालान तारीख / Challan Dated: <u>17-3-2008</u>	रुपये / for Rs. <u>5022 = 00</u>	
6. चालान तारीख / Challan Dated: <u>11-4-2008</u>	रुपये / for Rs. <u>4891 = 00</u>	

थान / Place :

दिनांक / Date :

हस्ताक्षर **For MODI VENTURES**

पद / Designation

[Signature]
Authorised Signatory

महत्वपूर्ण अनुदेश :

1. "अभ्युक्ति (संख्या ८) कालम (संख्या ८)" में यह सूचना दी जानी चाहिए।
क) अंशदान अवधि में यदि कोई बोधायक व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया गया है तथा/वा नौकरी छोड़ दिया हो तो, अभ्युक्ति कालम (संख्या ८) में "नियुक्ति" (दिनांक) तथा/वा "निवृत्ति" (दिनांक) लिखें।
ख) कृपया औषधालय का नाम लिखें, जिससे बोधायक व्यक्ति संबद्ध है। (केवल एक ही बार दिया जाए)
ग) नयी नियुक्तियों के संबंध में कृपया औषधालय का नाम लिखें जिससे बोधायक व्यक्ति संबद्ध है।
घ) औषधालय के नाम में परिवर्तन होने की स्थिति में कृपया अभ्युक्ति कालम में नया औषधालय का नाम लिखें।
2. कृपया बोधायक संख्याओं क्रमबद्ध (आरोही क्रम में) लिखें।
3. कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अभिप्रेत कालावधि के दौरान समस्त मजदूरी अतिरिक्तों के सम्बन्ध में होंगे।
4. विवरणी के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अभिप्रेत रूप से लगायें।
5. कोई और धरा संशोधन नहीं की जायेगी। प्रत्येक शुद्ध पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जाने चाहिये।
6. इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा खंड की घोषणा होनी चाहिए।
7. विवरणी के कालम ७ में दैनिक मजदूरी की गणना कालम ५ के आंकड़ों के कालम ४ के आंकड़ों से २ दशमलव तक भ्रम करके की जायेगी।

में घोषणा करता हूँ कि

I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.बी. 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) 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.....स्थायी 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 P I Cs have been received.
- (ङ) उपयुक्त अवधि के दौरान पात्र योग्यता प्राप्त 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) उपयुक्त अवधि के दौरान.....दुर्घटनायें संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।
- (f) During the above period NO 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. 16 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 17628 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 N.A No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. N.A 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 NIL No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. NIL have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अभावगी 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 अभावगी 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 व्याज 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 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:

52-26006-101

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

(स्वड़ 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)

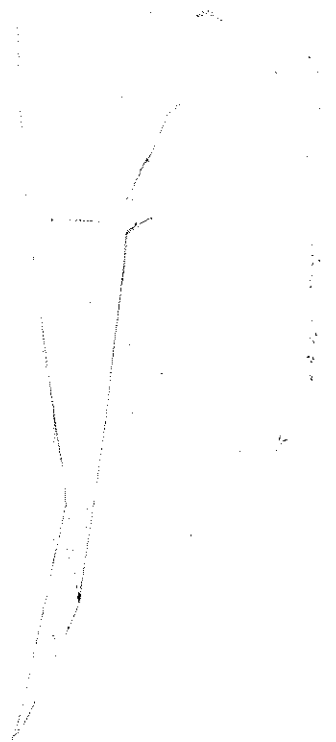
(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मैसर्स.....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



Faint vertical text or markings, possibly a label or reference number, located near the top of the drawing area.

Faint vertical text or markings, possibly a label or reference number, located near the bottom of the drawing area.

01

0



चार प्रतियों में
IN QUADRUPPLICATE



नियोजक की कुट संख्या Employer's Code No

प्रपत्र / FORM - 6

522006
10

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)

विनियम-26 (Regulation-26)

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 MR. SOHAM MODI

ख) पदनाम / Designation MANAGING PARTNER

ग) आबसीया पता / Residential Address # 280, Rd. Doss, Jubilee Hills, Hyderabad

कालावधि / Period From 01st Oct 2006 से / To 31 MAR 2007

स्थान का कार्यालय का नाम
Name of the Office

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

RECEIVED
विभाजन के अधीन है
Under Division

प्रतिष्ठापित तारीख / Date of Est. प्र. लि. V.D.C.
Established on

Received. Subject to Criminal Prosecution,
Interest and Damage Liability.

अ. प्र. लि. V.D.C.

निम्नांकित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के ब्यौरे प्रस्तुत करता हूँ। मैं पुनःद्वारा 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
रुपय की राशि के कुल अभिदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संदाय किया गया।

Total contribution amount Rs. 25656 Comprising of Rs. 6906.85
as Employees' share and Rs. 18748.65 as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :

चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.
20 APRIL 2007	4309
21 MAR 2007	4692
21 FEB 2007	4216
23 JAN 2007	4038
19 DEC 2006	4014
21 NOV 2006	4227

स्थान / Place : SEC' BAD

दिनांक / Date : 04/06/07

हस्ताक्षर / Signature
पद / Designation

MODI VENTURES

5-4-187/3 & 4, II Floor, Soham Mansion,

M.G. Road, SECUNDERABAD-500 003

निम्नलिखित कालम (संख्या ८) में "नियुक्ति"

TRINING 2007 1206372

महत्वपूर्ण अनुदेश :

1. "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 बी 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।
2. कृपया बीमा संख्यायें क्रमानुसार (आरोही क्रम में) लिखें।
3. कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अभिदाय कालावधि के दौरान समस्त मजदूरी अविधियों के सम्बन्ध में होंगे।
4. विवरणी के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अनिवार्य रूप से लगायें।
5. कोई ओवर रूटिंग नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुद्धि पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जाने चाहिये।
6. इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रबड़ की मोहर होनी चाहियें।
7. विवरणी के कालम ७ में दैनिक मजदूरी की गणना कालम ५ के आंकड़ों के कालम ४ के आंकड़ों से २ दशमलव तक भाग करके की जायेगी।

MODI VENTURES



कर्मचारी राज्य बीमा निगम Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-6A

नियोजक की कूट संख्या
Employer's Code No.

52-26006-101.

(Oct 06 - 23 March - 07)

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संतत को गई No. of days for which wages paid	संतत 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.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P			
01	5315789	Narsing Deshmukh	31	5894	00	103	15	190	12	LEFT SERVICE		
02	5315790	Tamveer Khan	181	31116	00	543	50	171	91	YES		
03	5315191	P. Dayal	182	29106	00	509	80	159	92	YES		
04	4399925	Ram Susairaj	151	29675	00	519	80	196	52	LEFT SERVICE		
05	4399926	R. Susha Shini	175.5	28336	00	496	40	161	45	YES		
06	5315793	J. Rambabu	152	21762	00	379	00	119	57	YES		
07	5315194	K. Sravan Kumar	180	16144	00	283	50	89	68	YES		
08	4399927	M. Nagalaxmi	182	25842	00	450	80	141	98	YES		
09	5315205	C.H. Venkata Ramana Reddy	181.50	34091	00	595	85	187	82	YES		
10	4399928	M. Keerthi	182	27204	00	474	70	149	47	YES		
11	5315206	G. Jagdish	180	50591	00	885	40	281	66	YES		
12	5315207	N. Vittal	181	27042	00	472	70	149	40	YES		
13	5315208	S. Pramod Kumar	80	17771	00	311	25	222	13	LEFT SERVICE		
14	5315209	M. Rama Krishna	121	19820	00	348	00	163	80	YES		
15	5315210	H.V. Ramesh Mohan	80	20635	00	361	00	257	93	YES		
16	5315211	N. Vinod Kumar	57.5	9663	00	169	00	168	05	YES		
TOTAL					394672	00	6903	80	2810	81		

हस्ताक्षर / Signature



चार प्रतियों में
IN QUADRUPLICATE



नियोजक की कुट संख्या Employer's Code No.

प्रपत्र / FORM - 6

52 26006

स्थानीय कार्यालय का नाम
Name of Local Office

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

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

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

ख) पदनाम / Designation

ग) आबसीया पता / Residential Address

कालावधि / Period From

संज्ञांकित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के ब्यौरे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि विवरणी में सीधे या अप्रत्यक्ष (इम्पीडिएट) 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 धुगतान 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 :

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. 17,026/-
as Employees' share and Rs. 19,429/-
Comprising of Rs. 4,585/-
as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :

चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.
20/07/2006	4865/-
22/07/2006	2931/-
21/08/2006	2011/-
21/09/2006	3204/-
20/10/2006	2015/-
6. चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.

स्थान / Place :

दिनांक / Date :

हस्ताक्षर / Signature

पद / Designation

MODI VENTURES

3-4-187/3 & 4 3rd Floor,
Scham Mansion M.G Road,
SECUNDERABAD

महत्वपूर्ण अनुदेश :

1. "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 (दिनांक) तथा/या "निवृत्ति" दिनांक लिखें।
- ख) कृपया औषधालय का नाम लिखें, जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है। (केवल एक बी 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।
2. कृपया बीमा संख्यायें क्रमानुसार (आरोही क्रम में) लिखें।
3. कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अभिर्दाय कालावधि के दौरान समस्त मजदूरी अवधियों के सम्बन्ध में होंगे।
4. विवरणी के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अनिवार्य रूप से लगायें।
5. कोई और रंडिंग नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुद्धि पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जायें चाहिये।
6. इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रबड़ की मोहर होनी चाहियें।
7. 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।

MODI VENTURES



कर्मचारी राज्य बीमा निगम Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-6A

नियोजक को/कूट संख्या
Employer's Code-No.

32-26006-101.

(May 06 — Sep 06)

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संदेत को गई No. of days for which wages paid	संदेत 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.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
01.	5315789	Narsing Deshmukh	149	28684	00	502	00	192	51	YES.	
02	5315190	Tanveer Khan	153	26070	00	456	25	170	39	YES.	
03	5315191	P. Dayal	147	23046	00	408	10	156	77	YES.	
04	4399924	K. Rama Devi	65	12549	00	219	65	193	06	LEFT SERVICE	
05	5315192	D. Badrinath	120.5	12612	00	220	80	104	66	LEFT SERVICE.	
06	4399925	Rami Susairaj	153	29675	00	519	50	193	95	YES.	
07	4399926	Subhashini R	152	24324	00	425	75	160	02	YES.	
08	5315793	J. Ram babu	153	17229	00	301	60	112	60	YES.	
09	5315794	K. Sravam Kumar	149.5	13253	00	232	65	88	84	YES.	
10	4399927	M. Naga Laxmi	146.5	20628	00	361	10	140	80	YES.	
11	5315795	Pushparaj	31	2720	00	47	65	87	74	LEFT SERVICE	
12	5315196	Nagjiah	31	2720	00	47	65	87	74	LEFT SERVICE.	
13	5315197	Sri Kanth	31	4534	00	79	35	146	25	LEFT SERVICE.	
14	5315198	Sudarshan	31	4534	00	79	35	146	25	LEFT SERVICE	
15	5315199	Yadagiri	31	2720	00	47	65	87	74	LEFT SERVICE	
16	5315200	Nagesh	31	2539	00	44	45	81	90	LEFT SERVICE	
17	5315201	Nagaraj	31	2539	00	44	45	81	90	LEFT SERVICE	
18	5315202	Laxman	31	2720	00	47	65	87	74	LEFT SERVICE	
19	5315203	Praveen Kumar	31	2720	00	47	65	87	74	LEFT SERVICE	
20	5315204	Ram Kumar	31	2720	00	47	65	87	74	LEFT SERVICE	
21	5315205	Ch. Venkat Ramana Reddy	92	14826	00	259	50	161	15	YES.	
22	4399928	M. Keerthi	61	8261	00	144	60	135	42	YES.	
TOTAL				261653	1/2	4585	1/2	2792	91		

हस्ताक्षर / Signature

