

AGN/ESIC/HYD/4-2008 II

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 Chikkadpally



अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(विनियम 26) / (Regulation 26)

ALPINE ESTATES

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

2nd Floor, M.G. Road,

SECUNDERABAD-500 003.

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 Shri. soham modi

ख) पदनाम / Designation Partner

ग) आवागोश पता / Residential Address Plot-280, Road No. 25, Jubille hills - HYD

अंशदान अवधि / Contribution Period APRIL 2010 से SEPT-2010 तक To

मैं निम्नलिखित योगाङ्कित व्यक्तियों, महिलाओं 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 किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या तैयार पाल 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 हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा राशि 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 7670 = 00

नियोजक का शेर / Employer's Share 20821 = 00

कुल अंशदान / Total Contribution 28491 = 00

चालानों के ब्यौरे / Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	मास / Month	चालान की तिथि Date of Challan	राशि / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	April 10	1-6-10	2289	SBI MG Road Sec
2.	May 10	25-6-10	5466	u
3.	June 10	13-7-10	5233	u
4.	July 10	14-8-10	5229	u
5.	Aug 10	23-9-10	5252	u
6.	Sept - 10	26-10-10	5022	u
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 28491 = 00 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 04 No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period 01 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) श्रमिक अवधि के दौरान प्राप्त 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) उपर्युक्त अवधि के दौरान दुर्घटनायें 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 कि कुल मजदूरी अदा की गई है।
(g) During the period No. 12 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 438315/- 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।
(h) During the period NA No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. NA 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 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 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.

(क) अंशदान की अत्रयगा हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।
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

(ख) अंशदान की अत्रयगा हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।
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 अनुसार व्याप्त 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 provision 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)

FOR ALPINE ESTATES

[Signature]
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 परामर्श की उक्त विवरणी 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

अवश्यक 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 पत्रना सार 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 यमान 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 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.
- 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 यमान अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12, मई / For CP ending 31st March, due date is 12th May

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

ALPINE ESTATES

54-187/3 & 4, Soham Mansion

2nd Floor, M.G. Road,

SECUNDERABAD-500-003.

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

Sri Sohamnadi (Partner)

नियोजक कूट संख्या

52-00-032021-000-1009

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	अवधि 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	3894816	P. Narasimha	176	35440	619	201-36	YES	
2	535205	Ch. V. R. Reddy	152	54314	952	356-15		Re-Entry
3	5966121	T. Madhu	144	60955	1067	423-29		- -
4	5966135	N. Narasimha Reddy	163	25080	438	153-86	YES	
5	5966136	B. Rajee	181	26711	470	147-16	YES	
6	5966138	M. S. Shaikhan	179	33804	591	188-84	YES	
7	7271953	K. J. Reddy	181	44264	776	244-55	YES	
8	7470708	G. Sai Kumar	149	57692	1010	387-19	YES	
9	7470709	R. Sanjay Kumar	153	25950	455	169-60	YES	
10	6010433	Y. Venkatesh	28	7109	124	253-89		LEFT
11	6261264	B. Hanitha	151	57476	1005	379-37	YES	
12	6261265	T. Sandya Rani	58	9520	167	162-73		LEFT
TOTAL			1717	438315	7674			

* 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.

For ALPINE ESTATES

Signature of the Employer

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

- दावे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
- विवरण 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 अवधि की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।
प्रमाण-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 लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer

Authorised Signatory

11/11/11

AGN/ESIC/HYD/4-2008 II

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

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

CHAKRAPALLY



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(विनियम 26) / (Regulation 26)

नियोजक कूट संख्या
Employer Code No.

फॉर्म/REG. FORM - 5

52-00-032021-000-1009

ALPINE ESTATES
5-4-187/2 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

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 MARDI
ख) पदनाम Designation : PARTNER
ग) आवासीय पता Residential Address : 280, Road No 25, JUBILEE HILLS - HYD
अंशदान अवधि Contribution Period : OCTOBER-2009 से TO MARCH 2010 तक To

मैं निम्नलिखित 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 कार्यों और कार्यों के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणों में संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारियों के शिष्टम के संबंध में अंशदानों की अदायगी संचालित की 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 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.

कर्मचारियों का अंश / Employee's Share : 6721 = 00
नियोजक का अंश / Employer's Share : 18245 = 00
कुल अंशदान / Total Contribution : 24966 = 00

चालानों के विवरण 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.	OCTOBER	21-11-09	4830	SBI MG Road Sec
2.	NOVEMBER	18-12-09	4087	
3.	DECEMBER	22-1-10	4284	
4.	JANUARY	20-2-10	4270	
5.	FEBRUARY	24-3-10	3827	
6.	MARCH	19-4-10	3669	
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 24967 = 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 बनाए 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 02 No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान अर्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period NIL No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period NIL No. of PI Cs have been received.
- (ङ) उक्त अवधि के दौरान प्राप्त वीमाकृत 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) उक्त अवधि के दौरान दुर्घटनाएँ 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 उपांगे द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को ब्याप किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।
(g) During the period No. 17 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 384109/- have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान उपांगे द्वारा सीधे नियुक्त किए गए कर्मचारियों को ब्याप 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 कर्मचारियों को ब्याप किया गया और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई।
(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 ब्याप 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 अवधि में 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. PF
- (ड) अंशदान की अवधि में 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.वी. अधिनियम के उपबंधों के अंतर्गत उपर उचित कार्यवाही की जाएगी।
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: 23-4-10

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

For ALPINE ESTATES

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 जाना है कि मैंने मेरा/.....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

प्रमुखपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्ति कॉलम (संख्या 9)" में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions : Information to be given in "Remarks Colum (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 योगा 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 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 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 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. Soham Modi (Partner) 5-4-187/5, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road, SECUNDERABAD-500 003.

नियोजक कूट संख्या

Employer's Code No.

अवधि / Period

Oct-09

से To March 10 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	योगा संख्या Insurance Number	योगाकृत 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
Sheet Attached								
TOTAL								

* अभ्युक्ति कॉलम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शनी जाए।

Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

For APPIE ESTATES
Signature of the Employer

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

- राशे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
- विवरण 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 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.

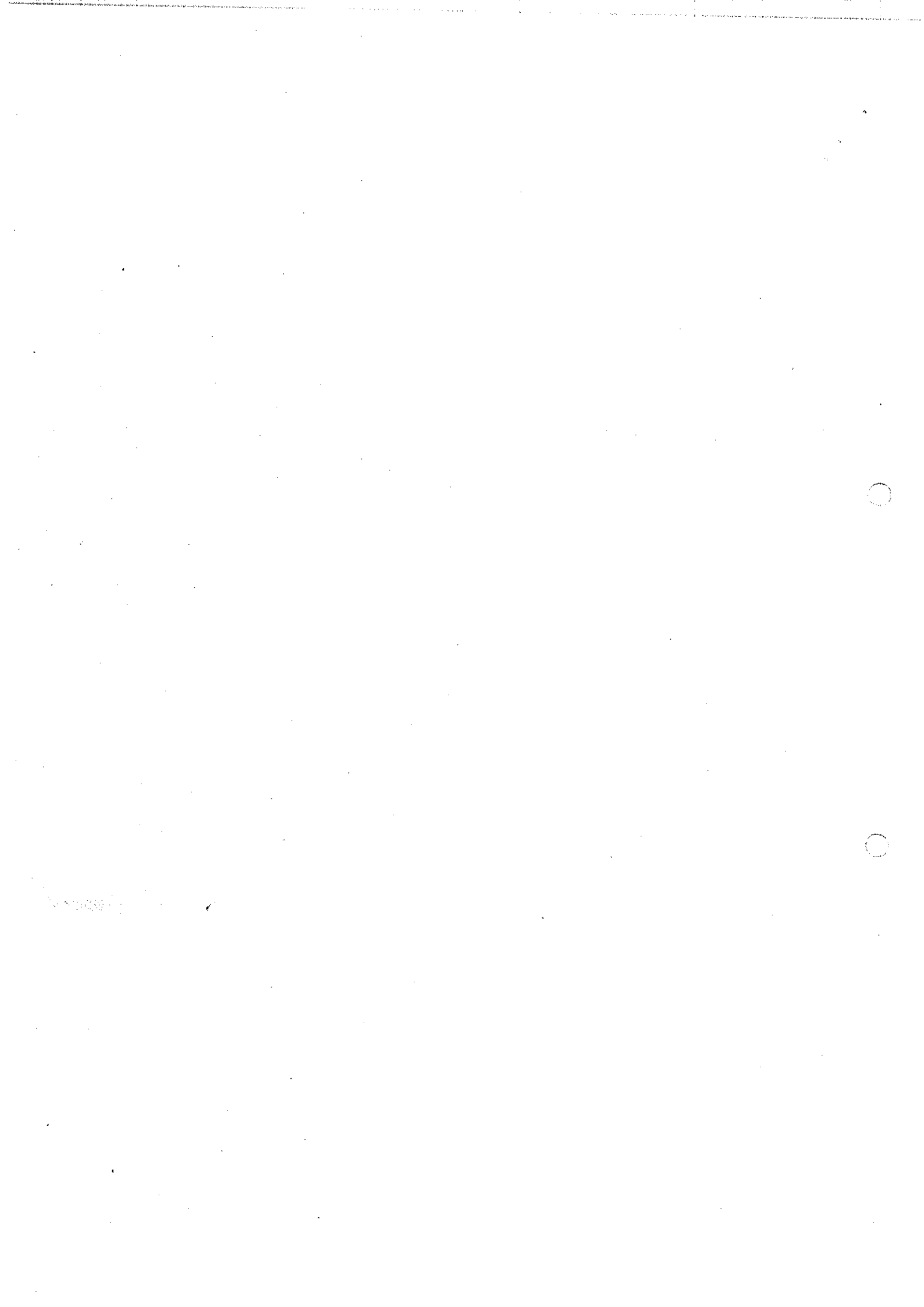
Authorised Signatory

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.श्रे.लि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



ALPINE ESTATES

5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

अप्र FORM-5

नियोजक को कूट संख्या

Employer's Code No. 52-00-032021-000-1509

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी सेवत की गई No. of days for which wages paid	सेवत मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अर्पण की कटौती Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5+4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी बीमा के दौर पर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	रिमाइनिंग नाम Remainder Name of Dispensary
				₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P		
1	3894816	P. Navendar	182	34078/-	600	00	188	34	Yes		
2	5965104	D. Kilankumar	86 1/2	15732/-	275	00	181	87	Yes		
3	5966128	A. Ramu	173	51434/-	901	00	297	30	Yes		
4	5966130	S. Sivanadh	60	11259/-	197	00	187	65	Yes		
5	5966171	R. Saitkumar	51	6956/-	122	00	136	39	Left		
6	5966134	D. Phani Kumar	85 1/2	14589/-	255	00	170	63	Yes		
7	5966135	Navandar Reddy	181 1/2	24461/-	430	00	134	17	Yes		
8	5966136	B. Raju	181	23278/-	406	00	128	60	Yes		
9	5966137	G. Mohan Rao	40	7133/-	130	00	185	82	Left		
10	5966138	MD Shateer	181 1/2	31337/-	550	00	172	65	Yes		
11	7271953	K. J. Reddy	118	27082/-	474	00	229	50	Yes		
12	7273024	R. Pradeep	61	13382/-	234	00	219	37	Left		
13	4400038	P. Suletha	27	5280/-	92	00	195	55	Left		
14	6010433	Veena Devi	174	43719/-	764	00	251	25	Yes		
15	6164313	G. Vinela	173 1/2	42342/-	740	00	244	04	Yes		
16	6164316	R. Sameera	33 1/2	6453/-	113	00	192	62	Left		
17	6164317	A. Bhargavi	170 1/2	25094/-	440	00	147	17	Yes		
TOTAL				1979.5	384109/-	6723	00				

For ALPINE ESTATES

Authorised Signatory

52-0-032021-000-1009

AGN / ESIC / HYD / 4-2008 II

प्रस्तुत करने के लिए नियम नगरण Due date for submission
12मई/11 नवम्बर / 12th May / 11th November

फार्म/REG. FORM - 5

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

CHIKAPALLE

नियोजक कूट संख्या
Employer Code No. 52-0-032021-000-1009



EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

ALPINE ESTATES
5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

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 : Contribution Period : APRIL 2009 से / from SEPTEMBER 2009 तक / To

मैं निम्नलिखित योगांकृत व्यक्तियों / महिलाओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में 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, सीधे या / परोक्ष 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 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 शेयर / Employee's Share..... 8203 = 00
नियोजक का शेयर / Employer's Share..... 22263 = 00
कुल अंशदान / Total Contribution..... 30466 = 00

चालानों के विवरण / 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	12-10-09	5694	SBI MG ROAD - SEC
2.	MAY - 09	12-10-09	5152	- 4 -
3.	JUNE - 09	12-10-09	5311	- 4 -
4.	JULY - 09	12-10-09	4779	- 4 -
5.	AUG - 09	12-10-09	4609	- 4 -
6.	SEPT - 09	16-10-09	4921	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 30466 = 00 रूपए

52-0-032021-000-1009

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) विद्यमान की अवधि के दौरान घोषणा पत्र जमा किए गए हैं।
(ख) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(ग) During the above Period No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(घ) During the above Period No. of PI Cs have been received.
- (ङ) उपर्युक्त अवधि के दौरान मात्र वीमाकृत व्यक्तियों को स्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(ङ) 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।
(च) During the above period NO accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान दमग डाम नियुक्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(छ) During the period No. 19 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 450763/- have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान दमग डाम सीधे 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 NIC No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. NIC 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।
(झ) During the period NIC No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. NIC 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।
(ञ) During the period NIC No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. NIC have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अवधि में हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।
(ट) 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 अवधि में हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।
(ड) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1. NIC
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 अर्थान में ऊपर अभियोजन तथा क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार ब्याज सहित देय अंशदान और हर्जनी 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.

स्थान/Place:

दिनांक/Date:

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

For ALPINE ESTATES

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 जाना है कि मैंने वेतारत 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



ALPINE ESTATES
5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

फॉर्म FORM-5

नियोजक को कूट संख्या
Employer's Code No.

52-0-032021-000-1000

APRIL-09 TO SEPT-09

1	2	3	4	5		6		7		7A	8
				₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P		
1	5966128	A Ramani	183	541207-	948	00	295	73		Yes	
2	5966130	S. Viswanadh	176	330339	577	00	187	68		Yes	
3	5966131	R-sai Kumar	178	243121-	426	00	136	58		Yes	
4	5966132	T. Akhishak	91	117097	204	00	128	67		No	
5	5966134	D. Phani Kumar	176	303239	532	00	171	80		Yes	
6	5966135	N. Narendar R	179	239977	421	00	134	06		Yes	
7	5966136	B. Raju	183	234187	408	00	127	96		Yes	
8	5966137	G. Mahan Rao	176	329657	577	00	187	30		Yes	
9	5966138	M.D. Shaker	181	311657	547	00	171	70		Yes	
10	3894816	P. Narendar	182	341827	598	00	187	29		Yes	
11	-	P. Shivaraj	87	121567	213	00	139	72		No	
12	6164313	G. Vinoda	163	357439	626	00	218	61		Yes	
13	6164314	R. Samena A	88	170687	299	00	193	95		Yes	
14	6164317	A. Chakraborti	30	44667	78	00	148	66		Yes	
15	6164318	Ravi Suresh	27	64421-	113	00	234	25		No	
16	6010433	Y. Veena Devi	178	444739	777	00	249	84		Yes	
17	4450038	P. Swetha	92	178539	312	00	194	05		Yes	
18	-	A. Swapna	60	105977	185	00	175	15		No	
19	-	K.V. Bhuvirwari	89	147477	257	00	164	77		No	
TOTAL			2522.5	4627637	80987						

For ALPINE ESTATES

हस्ताक्षर / Sign in to
[Signature]
Authorized Signatory

52-0-032021-000-1000

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

CHIKARALLY

फार्म/REG. FORM - 5

52-0-032021-000-1009

नियोजक कोड नम्बर
Employer Code No.



स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Local Office : Employees State Insurance Corporation

अंशदान विवरण / RETURN OF CONTRIBUTIONS

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION PINE ESTATES
(विनियम 26) / (Regulation 26)

Received

Inter

5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

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

ख) पदनाम / Designation

ग) आवासीय पता / Residential Address

अंशदान अवधि / Contribution Period

SRI SHAM M. D. I.

PARTNER

PLOT NO. 280, R.M.O. NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD

OCTOBER 2008 से / from MARCH 2009 तक / To

मैं निम्नलिखित योगांकृत व्यक्तियों / महिलाओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में 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, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणों में संबंधित अंशदान अर्थात् लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारियों के हिस्से 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 शेयर / Employee's Share

9224 = 00

नियोजक का शेयर / Employer's Share

25038 = 00

कुल अंशदान / Total Contribution

34262 = 00

चालानों के बारे में / 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.	OCT-08	23-10-09	6459	SBI MG ROAD-SEC
2.	NOV-08	23-10-09	5224	- 4 -
3.	DEC-08	23-10-09	5307	- 4 -
4.	JAN-09	23-10-09	5905	- 4 -
5.	FEB-09	23-10-09	5788	- 4 -
6.	MAR-09	12-10-09	5580	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 34262 = 00 रुपए

में घोषणा करना है कि
I declare that

- (क) सभी रिकॉर्ड 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 घोषणा 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 PI Cs have been received.
- (ङ) उपर्युक्त 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) 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. 527189 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।
(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. Nil 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. Nil 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. BASIC
 2. DA
 3. HRA
 4. CCA
 5. TA
 6. PF
- (ड) अवधि के दौरान 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 सूचनाएं रिकॉर्ड 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 हजने 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.

For ALPINE ESTATES

[Signature]
Authorised Signatory

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 मेने मेरे.....की उक्त विवरणों को रिकॉर्ड 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 कर्मणम (संख्या 9)" में दी गयी गयी सूचना / Important Instructions : Information to be given in "Remarks Column (No. 9)"

1. यदि कोई योग्यता प्राप्त 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 आगरी क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
3. अंशदान अवधि के दौरान समस्त 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.
4. 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.
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 विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर और रब्ड की मोहर लगी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
7. 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.

ALPINE ESTATES
5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

- * 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.....

SOHAM MADI (PARTNER)

नियोजक कूट संख्या :

52-0-032021-000-1009

अवधि / Period.....

OCT-08

से / From.....

MARCH-09 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	योग्यता प्राप्त व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिन्हें लिए मजदूरी की अवधि को गृह्य 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								

Sheet Enclosed

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

निर्देशक के हस्ताक्षर
Signature of the Employer
[Signature]
Authorised Signatory

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

1. दायरे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
2. विवरणों के कर्मणम - 5 के जोड़ चक क्रिए 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.श्रे.नि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



ALPINE ESTATES

5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road;
SECUNDERABAD-500 003.



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

अप्र FORM-5

Employees' State Insurance Corporation

नियोजक की कूट संख्या
Employer's Code No.

52-0-032021-000-1009

ACT-08-10 MARCH-09

Serial Number	Insurance Number	Name of Insured Person	No. of days for which wages paid	Total amount of Wages paid		Employee's Contribution deducted		Daily wages		Whether still continuous working and drawing wages with insurable wage ceiling	Remarks/Name of Dispenser
				₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P		
1	5966122	G. Santosh Kumar	78	6143/-	107	00	219	39	No		
2	5966125	P. V. Madhav Rao	89	10362/-	180	00	116	72	No		
3	5966126	B. V. Gaud	86	11452/-	199	00	133	16	No		
4	5966128	A. Ramu	176	40147/-	700	00	228	10	Yes		
5	5966129	K. Mahesh	52	10968/-	191	00	210	92	No		
6	5966130	S. Viswanadh	169	30374/-	530	00	179	72	Yes		
7	5966131	A. Sai Kumar	173	22648/-	395	00	130	53	Yes		
8	5966132	T. Abhishek	182	22302/-	390	00	122	53	Yes		
9	5966133	N. Malloyya	148	31571/-	553	00	213	31	No		
10	5966134	D. Phani Kumar	175	27509/-	480	00	156	74	Yes		
11	3894816	P. Narayana	176	31584/-	552	00	179	46	Yes		
12	5966135	N. Narayana R	176	21582/-	378	00	122	62	Yes		
13	5966136	B. Raju	181	22169/-	388	00	122	48	Yes		
14	5966137	G. Mahan Rao	86	15703/-	275	00	181	53	Yes		
15		P. Shrinoy	175	22304/-	389	00	127	08	Yes		
16	5966138	M. D. Sha Khan	90	14967/-	261	00	166	23	Yes		
17		S. Seldakumar	87	14137/-	247	00	162	41	No		
18		B. Krishna Kumar	31	7667/-	99	00	182	80	No		
19		M. Venkateswarlu	180	29417/-	516	00	163	39	No		
20	6164613	G. Vinodla	176	36863/-	644	00	208	85	Yes		
21	6164318	K. S. Srinoy	181	41938/-	734	00	231	69	Yes		
TOTAL				2819.5	469788/-	8208	00				

For ALPINE ESTATES

(Signature)
Authorized Signatory

PTO

(c/f)

52-0-032021-000-1009

ALPINE ESTATES
 5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
 2nd Floor, M.G. Road,
 SECUNDERABAD-500 003.

52-0-032021-000-1009

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमावृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संवत् को गई No. of days for which wages paid	संवत् मजदूरी को कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Dally wages 5÷4	क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के अंतर् मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	अंशदान का नाम Remarks/Name of Disbursary
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P			
1	2	3	4	469788P		8208=00				
23		K.V. Bhameswari	141/4	22188P	387	00	156	80	Yes	
25		Y. Veena Devi	90	21762P	381	00	241	80	Yes	
27		D. Swapna	90	13380P	234	00	148	66	Yes	
				3141	52118P	9210	00			
TOTAL										

FOR ALPINE ESTATES

[Signature]
 AUTHORIZED SIGNATURE

हस्ताक्षर
SIGNATURE

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

द्विचरणों के कॉलम (4) 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

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.

राज्य की स्थिति चिन्हित है।
 Entitlement position marked

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर
 Countersigned

शाखा अधिकारी
 RANCH OFFICER

प्रति हस्ताक्षर
 COUNTERSIGNED
 शाखा अधिकारी
 BRANCH OFFICER

प्रदान लिपिक
 HEAD CLERK

52-0-032021-000-1009

52-0-032021-000-1009

AGN/ESIC/HYD/4-2008 IL

प्रस्तुत करने के लिए निम्न 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

CHIKARA

नियोक्ता कूट संख्या
Employer Code No. 52-0-032021-000-1009

अंशदान विवरण / RETURN OF CONTRIBUTIONS
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(विनियम 26) / (Regulation 26)

5-4-187/3 & 4, Saham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

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

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

क) नाम Name

ख) पदनाम Designation

ग) आवासीय पता Residential Address

अंशदान अवधि Contribution Period

APRIL-2008 से / from SEPTEMBER 2008 तक / To

मैं निम्नलिखित 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, सीधे या / परोक्ष नियोक्ता के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणों में संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोक्ता व कर्मचारी के हितों 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 शेयर / Employee's Share. 8472 = 00

नियोक्ता का शेयर / Employer's Share. 22993 = 00

कुल अंशदान / Total Contribution. 31465 = 00

चालानों के विवरण 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.	APRIL-08	23-10-09	4743	SBI MG Road Sec
2.	MAY-08	23-10-09	4450	- 4 -
3.	JUNE-08	23-10-09	4331	- 4 -
4.	JULY-08	23-10-09	5914	- 4 -
5.	AUG-08	23-10-09	5265	- 4 -
6.	SEPT-08	23-10-09	6812	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 31465 = 00 रूप

52-0-032021-000-1009

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.....स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
 (d) During the above Period No. of P I Cs have been received.
- (ङ) उपयुक्त अवधि के दौरान पत्र वीमाकृत 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 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।
 (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 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. BASIC
 2. DA
 3. HRA
 4. CCA
 5. TA
- (ड) अंशदान की अवधि में 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.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 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 ALPINE ESTATES

Authorised Signatory

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 वेगार.....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

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 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)"
2. कृपया योगा संख्या आगती क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
3. 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.
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 विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूर्ण हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
7. 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.

ALPINE ESTATES
5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

* 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.....SOHAM M.O.D.I (PARTNER)

नियोजक कूट संख्या 52-0-032021-000-1009 अवधि / Period... APRIL-08 से SEPT-08 तक।

क्र.सं. Sl. No.	योगा संख्या Insurance Number	योगाकृत 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 Continuous Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Sheet Enclosed</i>								
TOTAL								

FOR ALPINE ESTATES

* 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 Employer
[Signature]
Authorised Signatory.

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

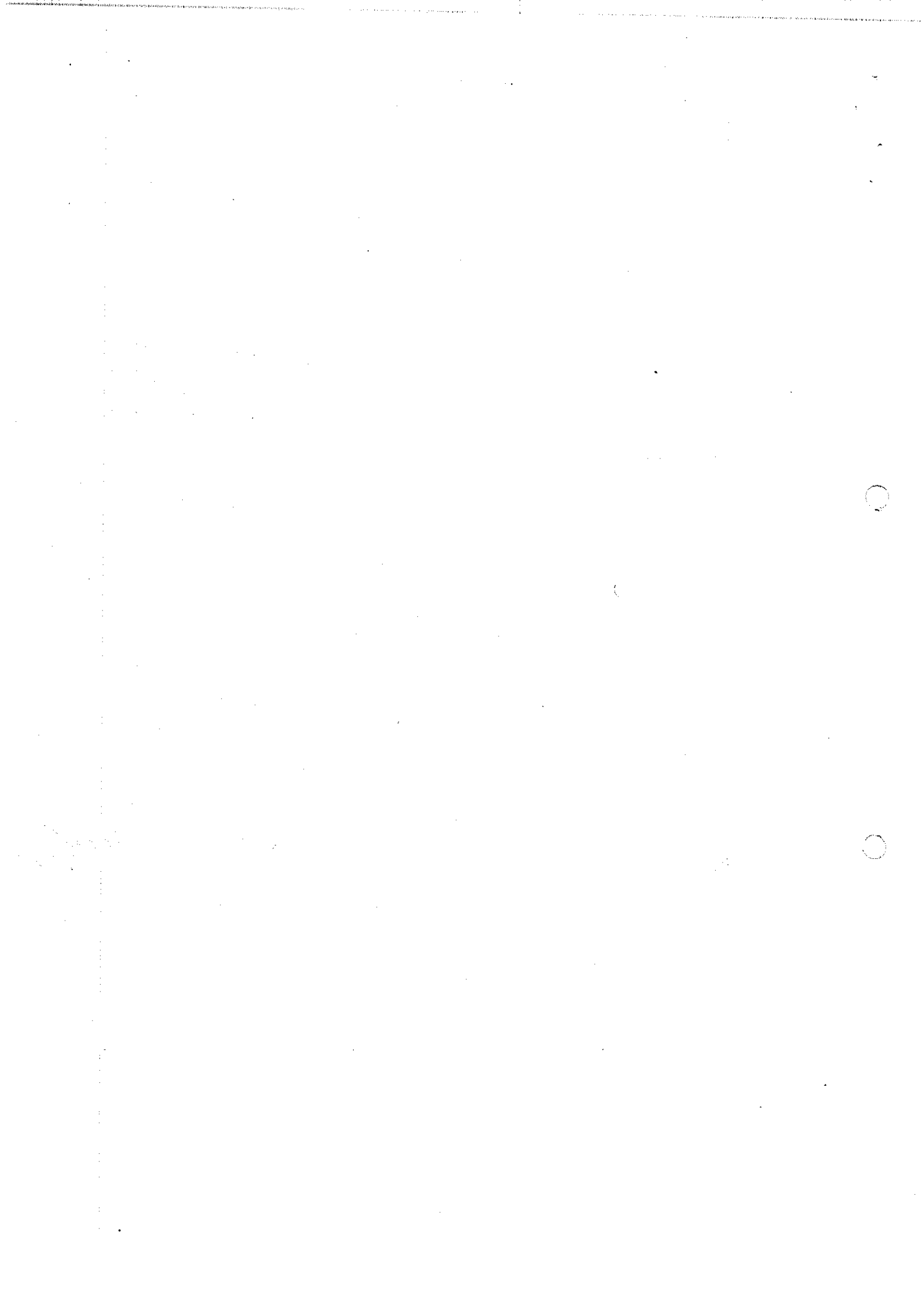
1. दावे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
2. विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गयी।
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
1. नियोजक/कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।
प्रेक्षण-ज्ञापन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

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.श्री.लि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



ALPINE ESTATES

5-4-187/3 & 4, Scham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

फॉर्म FORM-5

नियोजक को कूट संख्या
Employer's Code No. 52-0-032021-000-1009

APR 11 - 08 - To SEPT - 08

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी सदा को गई No. of days for which wages paid	संस्त मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौति Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5+4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तब बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	बिमा संस्था का नाम Remarks/Name of Dispensary
				₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P		
1	5966120	M. J. Babu	98	25492/-	446	10	260	12	no		
2	5966122	G. S. Kumar	174	38787/-	678	10	222	91	ya		
3	5966123	V. Phandran	60	11598/-	203	10	193	30	no		
4	5966125	P. V. M. Rao	180	21067/-	366	10	117	10	ya		
5	5966126	B. T. Seered	171	22877/-	399	10	133	77	ya		
6	5966128	A. Ramani	92	20817/-	363	10	226	27	ya		
7	5966129	K. Mahesh	92	19327/-	339	10	210	09	ya		
8	5966130	S. S. Wansath	90	16087/-	281	10	177	75	ya		
9	5966131	R. Saikumar	58	7542/-	132	10	130	03	ya		
10	5966132	T. Alkisha K	92	11157/-	195	10	121	20	ya		
11	5966133	N. Malloy ya	30	6043/-	113	10	214	71	ya		
12	5966134	D. Phani Kumar	30	4760/-	83	10	158	66	ya		
13	5966135	N. Navandar K	27	3347/-	59	10	123	88	ya		
14	5966136	B. Rajee	29	3597/-	63	10	123	89	ya		
15	-	B. Saikrishna	44	11862/-	207	10	268	45	no		
16	-	C. Nagaraju	121	25186/-	440	10	208	09	no		
17	3894811	P. Navendar	179	32037/-	559	10	178	44	ya		
18	-	P. Shivaraj	182	22997/-	400	10	126	36	ya		
19	-	T. Seldat Kumar	175	28703/-	501	10	163	54	ya		
20	-	M. Srinivas	59	8628/-	151	10	146	23	no		
21	-	B. Krishna K	116	21572/-	377	10	185	96	ya		
22	-	M. Venkateswulu	29	4797/-	84	10	165	20	ya		
TOTAL											

ALPINE ESTATES

Handwritten signature/initials

Handwritten signature and stamp: *Signature*
Authorized Signatory

Handwritten signature: P-18

52-0-032021-000-1009

ALPINE ESTATES 52-0-032021-000-1009
 5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
 2nd Floor, M.G. Road,
 SECUNDERABAD-500 003.

क्रम संख्या Serial Number	योग संख्या Insurance Number	बीमावृत्त व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिनों 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 राशि Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5-4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी बीमा के अंतर्गत मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	बीमावृत्त का नाम Remarks/Name of Disputary
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
23	6164313	G. Juvale	177	368297	643	208	07	Yes			
24	6164314	V.D. Jayaramani	72	123439	215	171	43	No			
25	6164318	Ram surnair	172	397127	685	230	22	Yes			
26	—	K.V. Bheerwadi	170	26607	465	156	01	Yes			
				7721.5	484083	8457	00				
TOTAL											

हस्ताक्षर
SIGNATURE

For ALPINE ESTATES

[Signature]
Authorized Signatory

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

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.

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.

प्रदान लिपिकर
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

52-0-032021-000-1009

AGN/ESIC/HYD/4-2008-IL

प्रस्तुत करने के लिए नियम नार्गमर * Due date for submission
12मई/11 नवम्बर / 12th May / 11th November

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

CHIKAPALLY

फार्म/REG. FORM - 5

032021

52-0-032021-000-1009

52-0-032021-000-1009



EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION ALPINE ESTATES

5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

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 NO. 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD
अंशदान अवधि : Contribution Period : OCTOBER 2007 से TO MARCH 2008 तक / To

मैं निम्नलिखित ब्रामावृत्त व्यक्तियों / महिलाओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में 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, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणों 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 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 शेयर / Employee's Share 5158 = 0.0
नियोजक का शेयर / Employer's Share 13999 = 0.0
कुल अंशदान / Total Contribution 19157 = 0.0

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.	JAN-2008	28-10-09	6513	SBI MARRAD-SFC
2.	FEB-2008	28-10-09	6440	- 0 -
3.	MAR-2008	28-10-09	6205	- 0 -
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 19158 = 0.0 रूपए

52-0-032021-000-1009

मैं घोषणा करना हूँ कि
I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.स.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 प्रतियों के रंगन.....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) अर्थात् अवधि के दौरान प्राप्त वीमाकृत 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.....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 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
- (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.स.वी. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर प्रतिक्रिया के तहत अधिनियम के उपबंधों के अनुसार व्याप्त 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 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 वेतन.....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

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

- यदि कोई योगाङ्कन 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 आगे से 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 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 विवरण के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे 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 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

ALPINE ESTATES

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

2nd Floor, M.G. Road,

SECUNDERABAD-500 003.

नियोजक का नाम व पता : Employer's Name and Address..... SRI. SOHAM MOJI (PARTNER)

नियोजक कूट संख्या / Employer's Code No..... अवधि / Period... 01.01.07 से 19 from... MARCH-08 तक।

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	योगाङ्कन 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 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
		TOTAL						

Sheet enclosed

* 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 Employer
[Signature]
Authorized Signatory

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

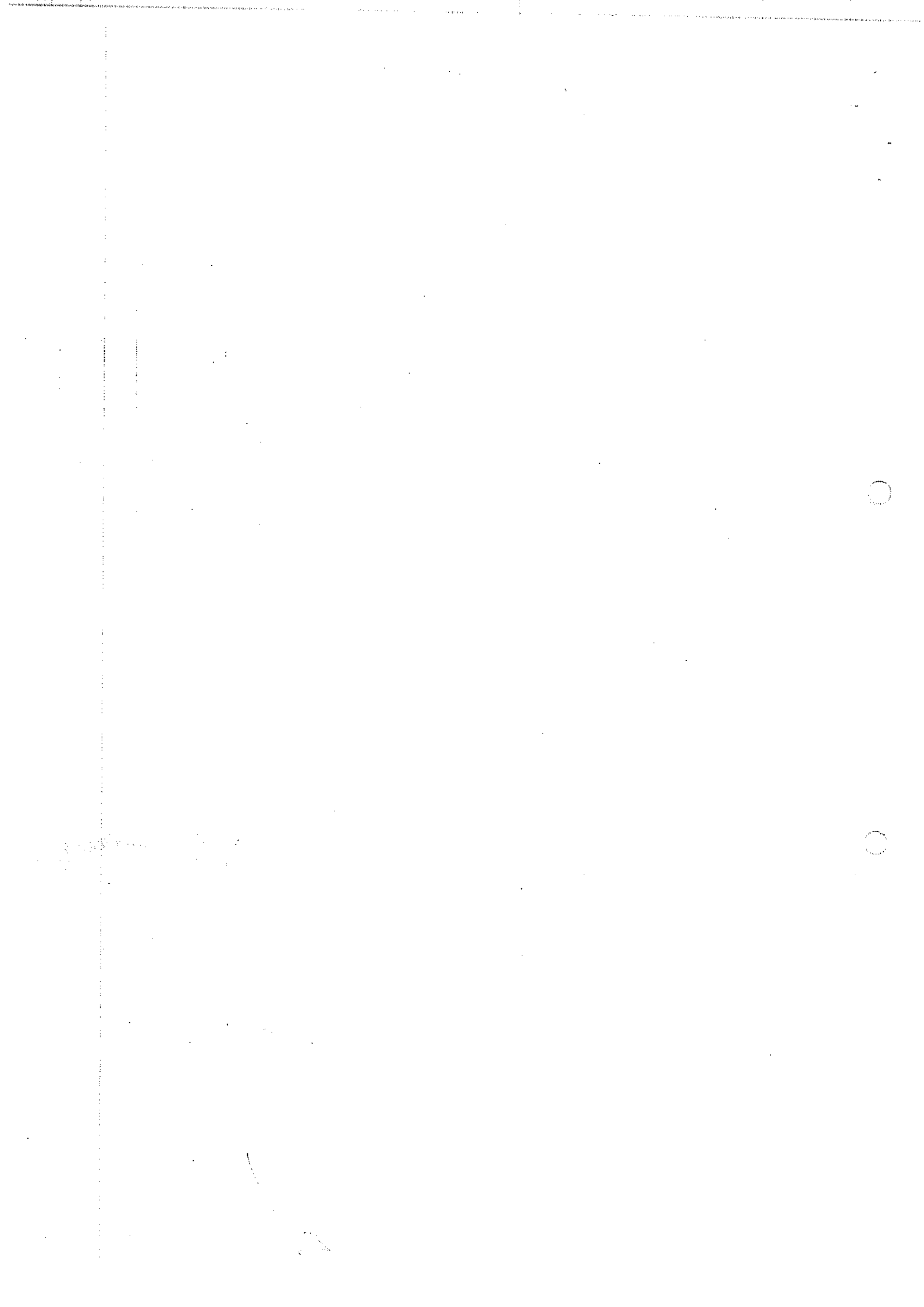
- दावे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
- विवरण के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गयी।
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक/कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।
प्रमाण-ज्ञापन 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 लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



ALPINE ESTATES
5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

फॉर्म FORM-5

निर्भोजक को कूट संख्या
Employer's Code No.

52-0-032021-000-1009

Dec-07 to MARCH-08

1	2	3	4	5		6		7		7A	8
				₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P		
1	5966120	M.T. Babu	72	1888	7	330	06	262	31	Yes	
2	5966121	T. Madhu	91	2081	7	363	00	228	75	No	
3	5966122	G.S. Kumar	88 1/2	1717	4	300	00	194	05	Yes	
4	5966123	V. Phani dar	89	1543	8	270	00	173	46	Yes	
5	5966124	M.D. Injan	86 1/2	1413	3	250	00	163	38	No	
6	5966125	P.V.M. Rao	84 1/2	995	1	173	00	117	76	Yes	
7	5966126	B.T. Sreed	80	908	2	160	00	113	65	Yes	
8		Sunil Kumar	79	2125	1	372	00	269	00	No	
9		M.S. Rao	81 1/2	2131	7	374	00	261	55	No	
10		B. Sitaiah	82	2014	5	353	00	245	67	Yes	
11		C. Nagaraju	77	1295	0	227	00	168	18	Yes	
12	3894811	P. Narayana	84	1316	4	230	00	158	60	Yes	
13		P. Shivaraj	90 1/2	1035	1	182	00	114	37	Yes	
14		D. Shivaraj	91	966	0	168	00	106	21	No	
15	6164313	S. Yameela	89 1/2	1462	8	256	00	163	44	Yes	
16	6164314	S.D. Jayakani	88	1435	6	252	00	163	13	Yes	
17	6164315	T. Nagaswami	88 1/2	1519	8	266	00	171	72	No	
18		D. Sarathi	91	2448	3	429	00	269	04	No	
19		K.V. Bhimaswami	84 1/2	1172	2	206	00	138	70	Yes	
TOTAL			1618	29472	3	5161	00				

For ALPINE ESTATES

(Signature)
Authorised Signatory

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमावृत्त व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी सटत की गई No. of days for which wages paid	सटत 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 बीमा के अंतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	अपभ्रंश का नाम Remarks/Name of Discrepancy
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
1	2	3	4							7A	8
TOTAL											

FOR ALPINE ESTATES

हस्ताक्षर
SIGNATURE

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

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

नियोजकों / कर्मचारियों के द्वारा दी गई अंशदान की राशि सही है / सम्बन्धी 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

वृत्त का स्थिति चिह्नित है।
Position marked

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

हस्ताक्षर
undersigned

शा.आधिकारी
BRANCH OFFICER