

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



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

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

फार्म/REG. FORM - 5

नियोजक कूट संख्या
Employer Code No.

52-00-026008-000-1009

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

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

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

क) नाम Name SRI. SRHAM MADU
ख) पदनाम Designation PARTNER

ग) आवासीय पता Residential Address PLOT-280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS-HYD

अंशदान अवधि Duration of the Period APRIL-2010 से / from SEPT-2010 तक To

मैं निम्नलिखित घोषणाएं करता हूँ, महिनोओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के ब्यौते नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणों में उन सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उनके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित विवरणों भी कार्य के संबंध में या क्रमा मान खरीदने या बेचने या नया माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, मीथे 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 में संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारियों के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा यही 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 ES 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 हिस्सा : Employee's Share..... -NIL-
नियोजक का हिस्सा : Employer's Share..... -NIL-
कुल अंशदान : Total Contribution..... -NIL-

चालानों के ब्यौते Details of Challans :-

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

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

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

1. यदि कोई योमाकुन व्यक्ति पदवी या 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 योमा संख्या आगे 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 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. विवरणों के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

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

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

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

नियोजक कूट संख्या Employer's Code No. 52-00-026008-000-1009

अवधि / Period APRIL-10 से, from SEP-11 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	योमा संख्या Insurance Number	योमाकुन 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
		TOTAL						

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

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

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

1. दायें की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
2. 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.
1. नियोजक कमचारी 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.नि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer

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

शाखा कार्यालय का नाम
 Name of the Branch Office Chikkadapally



स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम
 Local Office : E.S.I. Corporation
 चिक्काडपल्ली / CHIKKADAPALLY
 आर.सी.आन.हूजे, संस्थापन के अधीन है
 Receipt of R.C. acknowledged, Subject to Verification
 अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS D.C.
 कर्मचारी राज्य बीमा निगम

फार्म/REG. FORM - 5

नियोजक कूट संख्या
 Employer Code No. 52-00-026008-000-1009

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

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

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

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

क) नाम Name SRI. SOHAM MODI
 ख) पदनाम Designation PARTNER
 ग) आवासीय पता Residential Address Plot No. 280, Road No. 25, Jubilee Hills - Hyd

अंशदान अवधि Duration of Period OCTOBER 2009 को MARCH-2010 तक

मैं निम्नलिखित घोषणाएं, पहिलों के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के, व्यंग 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 क्रियाओं का कार्य के संबंध में या कर या मान खर्च देने या नकार मान वेचने या चितरण आदि के संबंध में, मीथे या / पगेक्ष 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 गही तरह से कर दी गयी है :-

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

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

चालानों के व्यंग Details of Challans :-

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

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

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

- यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ने की तारीख" लिखें।
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or "L.....(date)".
- कृपया बीमा संख्या आग्रेडी क्रम में लिखें; Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान 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 दो नों 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 Column 4 to two decimal places.

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

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

SUMMIT BUILDERS
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.....

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

अवधि / Period, A..... 2009 से / from.....

2009 से / from..... MARCH-10 तक / to

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

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

नियोजक
Signature of the Employer

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

Authorised Signatory

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

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.शे.नि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer

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

8/C
 नाम/BEG. FORM - 5

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

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



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

1509

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

SUMMIT BUILDERS
 5-4-1573 & 4, IInd Floor,
 Soham Mansion, M.G. Road,
 SECUNDERABAD-500 003, A.P.

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

क) नाम Name: **SRI SAHAMMOJI (PARTNER)**
 ख) पदनाम Designation: **# 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS**
 ग) आवासीय पता Residential Address: **HYDERABAD**
 अंशदान अवधि Contribution Period: **APRIL 2009** to **SEPTEMBER-2009** तक

मैं निम्नलिखित योग्य व्यक्ति/महिलाओं के संबंध में नियोक्ता व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करना है 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 किया-भी कार्य के संबंध में या कर्मों मान खरीदने या बेचने मान बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोक्ता के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणी में संबंधित अंशदान अर्थात् नाम देनी है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोक्ता व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी संबंधित विवरणी 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: **NIL**
 नियोक्ता का शेयर / Employer's Share: **NIL**
 कुल अंशदान / Total Contribution: **NIL**

चालानों के बारे में 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.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

कुल का गई कुल राशि **NIL**

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

- यदि कोई योग्यता प्राप्त व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरा 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 योग्यता आगे की क्रम में लिखें / Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4.5 व 6 में दिए जाएं।
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4.5 व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।
Invariably Strike totals of Column 4.5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई संशोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरणों के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

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

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

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

नियोजक कूट संख्या: Employer's Code No. SD-00-026008-000-1009

अवधि: Period: APRIL-09 to SEPT-09

क्र.सं. Sl. No.	योग्यता संख्या Insurance Number	योग्यता प्राप्त व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिसके लिए मजदूरी की अवधि को दर्शाते हैं No. of days for which wages paid	अवधि की कुल मजदूरी की कुल राशि (रुपये) Total amount of wages paid (Rs.)	कटान या कमयोगी 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
N I L								
TOTAL								

* अभ्युक्ति कालम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।

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

नियोजक के हस्ताक्षर

Signature of the Employer

(कार्यलय प्रयोग के लिए) (FOR OFFICIAL USE)

For SUMMIT BUILDERS

- शेष की स्थिति चिह्नित। Entitlement position Marked.
- विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए गए और यहाँ पाए गए सही राशि दर्शायी गयी।
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक द्वारा अंशदान की अवधि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।
प्रमाण-पत्र संलग्न है।
Checked the amount of Employer's / Employee's contribution paid which is correct and found correct / correct amount is enclosed.

प्रमुख अधिकारी

Head Clerk

Branch Officer

[Handwritten Signature]
Authorized Signatory

U.D.C.

AGN/ESIC/HYD/4-2008

प्रस्तुत करने के लिए नियम तारीख Due date for submission

12मई/11 नवम्बर / 12th May / 11th November

फॉर्म/REG. FORM - 5

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

CHIKADPALLY

नियोजक कोड संख्या
Employer Code No.

52-00-026008-000



अंशदान विवरण / RETURN OF CONTRIBUTIONS

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(विनियम 26) / (Regulation 26)

1009

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

SUMMIT BUILDERS
5-4-18773 & 4, IIInd Floor,
Soham Mansion, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003. A.P.

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 #280, ROAD NO.25, JUBILEE HILLS - HYD
अंशदान अवधि Period OCTOBER-2008 from MARCH-2009 तक To

मैं निम्नलिखित विवरण/व्यक्तियों सहित अंश के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के व्योम नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरण में दूने सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित क्रिया भी कार्य के संबंध में प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष या तैयार मान देने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परीक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरण 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 अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चानानों 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 NIL
नियोजक का शेयर / Employer's Share NIL
कुल अंशदान / Total Contribution NIL

चानानों के व्योम Details of Challans :

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

Nil

कुल अंशदान NIL

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

1. यदि कोई योग्याकृत 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 योग्या संख्या आरोही क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
3. अंशदान अवधि के दौरान समान 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 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. 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 SRHAM MOJI

नियोजक कूट संख्या : Employer's Code No. 52-00-026008-000-1009 अवधि / Period: 01-08 से from MARCH-09 तक to

क्र.सं. Sl. No.	योग्या संख्या Insurance Number	योग्याकृत 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.)	कटौत गया कर्मचारी अंशदान (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औसत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अभी भी कार्य पर है? Whether still Continues Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
			NIL					
TOTAL								

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

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of the Employer

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

FOR SUMMIT BUILDERS

[Signature]
Authorized Signatory

1. शपथ की स्थिति चिह्नित। Entitlement position Marked.
2. विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और यहाँ पाए गए सही राशि दर्शाया गया।
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।
Employer's / Employees contribution paid which was checked and found correct.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.प्र.स. / U.P.C.

प्रधान निर्वाहक / Head Clerk

शाखा अधिकारी / Branch Officer

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office: CHIKADPALLY

नियोक्ता कूट संख्या
Employer Code No. 52-00-026008-000-1009



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

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

SUMIT BUILDERS
5-4-1373 & 4, IInd Floor,
Soham Mansion, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003, A.P.

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

क) नाम Name: SRI. SHAM M
ख) पदनाम Designation: PARTNER
ग) आवासीय पता Residential Address: PLOT NO. 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD
अंशदान अवधि Contribution Period: APRIL - 2008 से 10 SEPTEMBER 2008 To

मैं निम्नलिखित घोषणा करता हूँ कि, मैंने अपने नियोक्ता के हिस्से के अंशदान के बारे में नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि, विवरण में उन सभी कर्मचारियों का 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 विवरण से संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोक्ता व कर्मचारियों के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चानानों 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: NIL
नियोक्ता का शेयर / Employer's Share: NIL
कुल अंशदान / Total Contribution: NIL

चानानों 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.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

अंश को भर चुका गया / Total amount paid is: NIL

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

1. यदि कोई योमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और वा "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 योमा संख्या आगामी क्रम में लिखें / Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
3. अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4,5 व 6 में दिए जाए।
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
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 ओवरराइटिंग 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 पुर 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.

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

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

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

नियोजक कूट संख्या Employer's Code No. 52-90-026008-000-1009 अवधि / Period: APRIL-08 से 30/09/08 तक to

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

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

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of the Employer
FOR SOHAM BUILDERS

[Signature]
Authorized Signatory

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

1. दावे की स्थिति चिह्नित। Entitlement position Marked.
2. विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और यहाँ पाए गए सही राशि दर्शाया गया।
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 टांक पायी गयी।
प्रक्षय-ज्ञापन संलग्न है।
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order. Original memo enclosed.

प्रतिस्वीकार / Counter signature

उ.धे.नि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer

चार प्रतियों में
IN QUADRUPPLICATE



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

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

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

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

सोमविद्युत निगम राज्य बीमा
Branch Office of E.S.I. Corpor.
सुमति बिल्डर्स, अंशदान
RANIGUNT
Subject to verification

SUMMIT BUILDERS

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

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer :

5-4-187/3 & 4, IInd Floor,
Soham Mansion, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003, A.P.
Receipt of R.C. acknowledged; Subject to Verification
अ.श्रे.लि./L.D.C.

क) नाम / Name

ख) पदनाम / Designation

ग) आवासीय पता / Residential Address

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

मैं निम्नलिखित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोजक और कर्मचारी अंशदान हिस्से के ब्यौरे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एकदम घोषणा करता हूँ कि विक्रयों में सीधे या अव्यवहित (इमीडिएट) नियोजक के माध्यम से या कारखाने / स्थापना से सम्बद्ध किसी कार्य या कारखाने / स्थापना के प्रशासन से सम्बद्ध या बन्दे माल या कच्चा या तैयार माल के विक्रय (डिस्ट्रिब्यूट) से सम्बद्ध अतिरिक्त नियोजित कर्मचारी शामिल है निम्न इस विवरणी से सम्बद्ध अंशदान अवधि लागू है और नियोजक और कर्मचारी के अंशदान हिस्से के भुगतान संबंधित विनियम व विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-लक्ष्यों के विवरण और सही अदावाजी 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 direct or through an immediate employer or in connection with the work of the factory / establishment on any work connected with the administration of the factory / establishment or purchase of raw materials, sale distribution of finished products etc. to whom, the contribution period to which this return relates, applies and that the contributions in respect of employer's and employees' share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations relating to the payment of contributions vide challans detailed below :

नियोजक का योग के रूप में	रुपये तथा कर्मचारियों के योग रूप में रुपये	मिना
Total contribution amount Rs.	447 = 00	Comprising of Rs. 121 = 00
as Employees' share and Rs.	326 = 00	as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :
1. चालान तारीख / Challan Date	12-11-2007	रुपये / for Rs. 225 = 00
2. चालान तारीख / Challan Date	17-12-2007	रुपये / for Rs. 221 = 00
3. चालान तारीख / Challan Date	—	रुपये / for Rs. —
4. चालान तारीख / Challan Date	—	रुपये / for Rs. —
5. चालान तारीख / Challan Date	—	रुपये / for Rs. —
6. चालान तारीख / Challan Date	—	रुपये / for Rs. —

स्थान / Place
दिनांक / Date
महत्वापूर्ण अभ्यास

हस्ताक्षर / **For SUMMIT BUILDERS**
Designation
Authorised Signatory

- अपवृत्ति (रिगवरी) कालम (संख्या 2) में यह सूचना दी जानी चाहिए
 (क) अंशदान अवधि में यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया गया हो गया/या नौकरी छोड़ दिए हो तो, अपवृत्ति कालम (संख्या 2) में "नियुक्ति" (दिनांक) तथा/या "नियुक्ति" दिनांक लिखें।
 (ख) कृपया औपचारिकता का नाम लिखें, जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है। (केवल एक ही बार दिया जाए)
 (ग) नयी नियुक्तियों के संबंध में कृपया औपचारिकता का नाम लिखें जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है।
 (घ) औपचारिकता के नाम से परिवर्तन होने की स्थिति में कृपया अभ्युक्ति कालम में नये औपचारिकता का नाम लिखें।
- कृपया बीमा संस्थाओं को सूचित करें (आवृत्ति क्रम में) लिखें।
- कालम 4, 5 तथा 6 में आकर अंशदान कालम के दौरान समस्त मासों की अवधि में सम्बन्ध में होंगे।
- विवरणों में कालम 4, 5 तथा 6 के बोर्ड अधिचार्ज रूप से लगाने।
- कोई और प्रकृति नहीं की जायेगी। प्रत्येक युक्ति पर नियोजक द्वारा हस्ताक्षर किये जाने चाहिये।
- इस विवरणी के कालम 4 पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रकड़ की मोहोर होनी चाहिये।
- विवरणों के कालम 4 में दिनांक कालम 5 की गणना कालम 6 के आंकड़ों के कालम 4 में आंकड़ों से 1 दशमलव तक भुगतान करके की जायेगी।

में घोषणा करता हूँ कि
I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।
(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed 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.....अस्थायी 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 प्राप्त 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.....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. 01 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 68637 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 NA 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 NIL No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
- (ट) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।
(k) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1. BASIC
2. DA
3. HRA
4. CCA
5. TA
6. EA
- (ड) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।
(l) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1.
2.
3.
4. NIL
5.

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

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

For SUMMIT BUILDERS

Authorised Signatory

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

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

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मेसर्स.....की उक्त विवरणी को रिकार्ड एवं रजिस्टर सं सत्यापित कर लिया है तथा इसे ठीक पाया है।
Certified that I have verified the above return from the Records and Registers of M/s..... and found it to be correct.

Signature & Seal
of the Chartered Accountant
with Membership No.

सदस्यता संख्या सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर