

AGN/ESIC/HYD/4-2008 P.
 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 LIMITED ESTATES

(विनियम 26) / (Regulation 26)

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

2nd Floor, M.G.Road,

SECUNDERABAD-500-003

स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम
 Local Office : E.S.I. Corporation
 चिककदपल्ली / CHIKKADAPALLY
 अर.सी. प्राप्त हुआ, सत्यापन के अधीन है
 Receipt of R.C. acknowledged, Subject to Verification
 नियोजक कोड संख्या
 Employer Code No. 52-00-032020-000-1009
 अंशदान विवरण / RETURN OF CONTRIBUTIONS अ.प्र.लि./L.D.C.

फार्म/REG. FORM - 5

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 25, Jubilee hills - Hyd
 अंशदान अवधि Contribution Period April 2010 से / September 2010 तक To

मैं निम्नलिखित नामांकित 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 अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने में संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के 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 9734 = 00
 नियोजक का शेयर / Employer's Share 26421 = 00
 कुल अंशदान / Total Contribution 36155 = 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 - 10	1-6-10	4527	State B.I mg Road
2.	May -	25-6-10	7108	-
3.	June -	22-7-10	6936	-
4.	July -	14-8-10	5919	-
5.	Aug -	23-9-10	5832	-
6.	Sept - 2010	26-10-10	5833	-
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 36155 = 00 रूपए

में घोषणा करना है कि:

I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।
(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 02 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 अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period No. of PICs have been received.
- (ङ) अगुक्त अवधि के दौरान प्राप्त योग्य व्यक्तियों को अस्थाई पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(e) During the above Period No. of PICs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) अगुक्त अवधि के दौरान दुर्घटनायें संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।
(f) During the above period 12 accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (ज) 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. 18 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 556195/- have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(h) During the period Nil No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. Nil have been paid to such employees.
- (ञ) अवधि के दौरान आयुक्त नियोजक के माध्यम से कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(i) During the period Nil No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. Nil have been paid to such employees.
- (ट) अवधि के दौरान आयुक्त नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(j) During the period Nil No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. Nil have been paid to such employees.
- (ड) अंशदान 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
(e) 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. Nil
3. Nil
4. Nil
5. Nil

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

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

स्थान, Place:

दिनांक, Date:

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

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

Signature & Seal
of the Chartered Accountant
with Membership No.

सदस्यता संख्या सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर

महत्वपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्ति कॉलम (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 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 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 नार्गस 12, मई / For CP ending 31st March, due on 12th May, 1984.
30. सितंबर को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय नार्गस 11, नवम्बर / For CP ending 30th September, due on 11th November, 1984.

नियोजक का नाम व पता. Employer's Name and Address: **Sri. Soham Modi (Partner), 2nd Floor, M. S. Road, SOHAM MANSION, SECUNDERABAD-500 003.**
नियोजक कूट संख्या Employer's Code No. 52-00-032020-000-1009 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 जिनके लिए मजदूरी की अवधि का गढ़ 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 दर्शायी जाए।
Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

For GREENWOOD ESTATES
नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of the Employer

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

[Signature]
Authorised Signatory

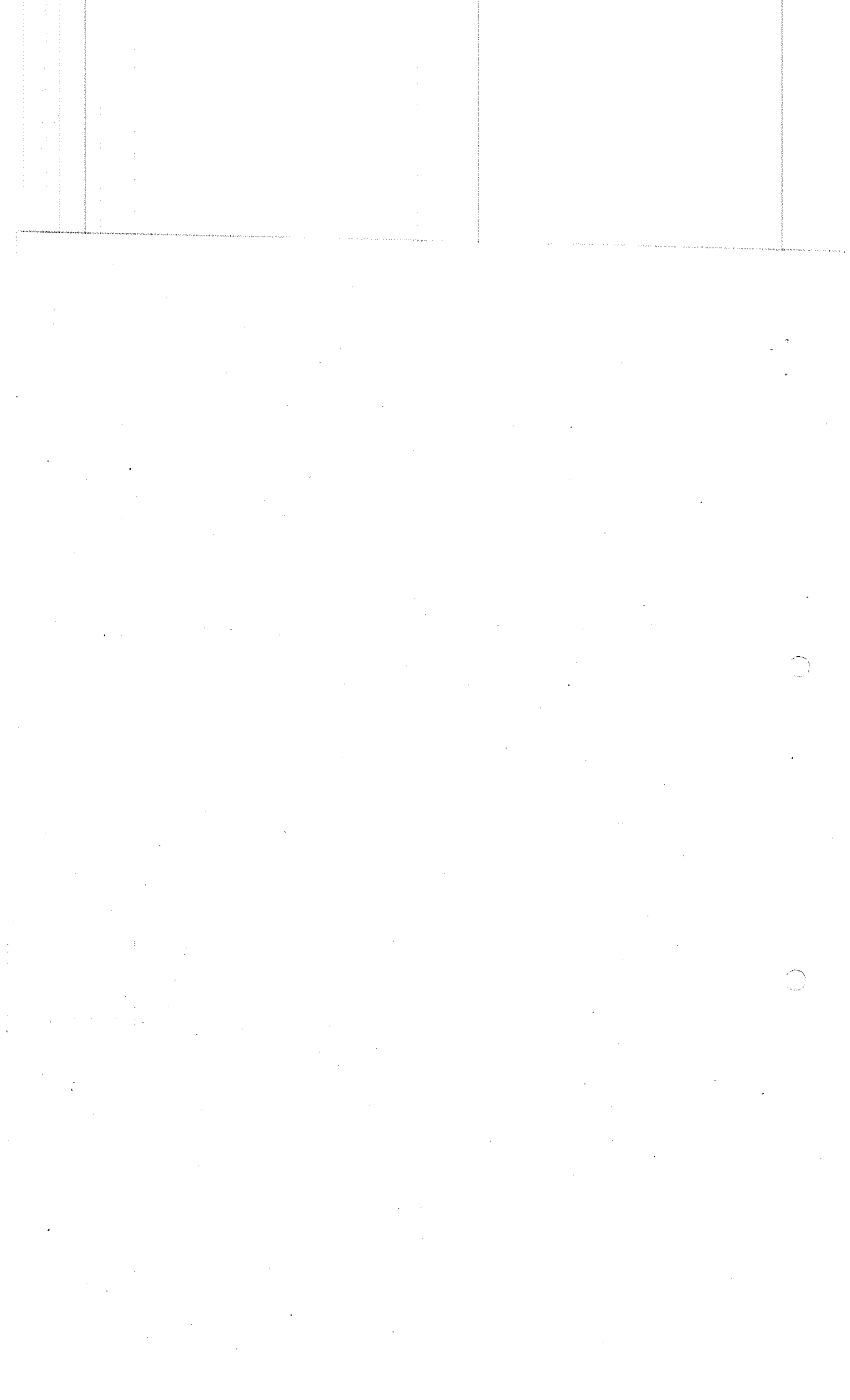
- दावे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
- विवरण के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गयी।
Total of Col 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और टीएफ पायी गयी।
Checked the amount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



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



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-5

नियोजक को कूट संख्या
Employer's Code No. 52-00-032020-000-1009

1	2	3	4	5		6		7		8
				₹/Rs.	P/P	₹/Rs.	P/P	₹/Rs.	P/P	
1	5315193	T. Ram Babu	153	52125/-	910	00	340	68	YES	Re-entry
2	5315763	P. Raghuram	54 1/2	20325/-	356	00	372	93		LEFT
3	5965093	M. Malla Reddy	783	51684/-	906	00	342	27	YES	
H.	5965100	D. Shrinanjan	165	26190/-	458	00	150	78	YES	
5	5965102	I. Rama Krishna	174 1/2	28052/-	491	00	160	75	YES	
6	5965103	B. Anjiah	28	4061/-	71	00	145	23		LEFT
7	5965105	Mukhtar Ahmed	180	31446/-	549	00	174	70	YES	
8	5966130	S. Viswanadh	19	3626/-	63	00	190	84		LEFT
9	5966134	D. Phani Kumar	88 1/2	16407/-	288	00	185	61		LEFT
10	7269129	U. Kummal	10	1652/-	29	00	165	20		LEFT
11	7470713	B. P. Reddy	161 1/2	42036/-	734	00	260	28	YES	
12	7470714	M. Srinivas Rao	152	62539/-	1093	00	411	44	YES	
13	4399927	M. Nagabaxmi	153	53620/-	940	00	350	45	YES	Re-entry
14	4509564	M. Laxmaja	47 1/2	8938/-	156	00	188	16		LEFT
15	6164112	S. Madhavi	182 1/2	36747/-	641	00	201	35	YES	
16	6164113	M. Sridatha	41	7072/-	123	00	172	48		LEFT
17	6164115	S. Nagamani	151	60812/-	1066	00	402	71	YES	Re-entry
18	6164313	G. Vinayala	173	48845/-	856	00	282	34	YES	
TOTAL			2117	556195/-	9730	00				

For GREENWOOD ESTATES

उत्तर / Signature

[Signature]
Authorized Signatory



स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Local Office : E.S.I. Corporation
चिकित्सालय / CHIKIKADAPALLY
आर.सी.एस. द्वारा सत्यापन के अधीन है
Subject to Verification
Receipt of R.C. अंशदान / RETURN OF CONTRIBUTIONS
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(विनियम 26) / (Regulation 26)

नियोजक कूट संख्या
Employer Code No. 52-00-032D-20-000-1009

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

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

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 : OCT-2009 से 100 MARCH-2010 तक To

मैं निम्नलिखित योगांकृत 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 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 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 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 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 7400 = 00
नियोजक का शेर / Employer's Share 20140 = 00
कुल अंशदान / Total Contribution 27560 = 00

चालानों के ब्यौरे : Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	माह Month	चालान की तारीख Date of Challan	राशि, Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	October	21-11-09	4411	State Bank of India M.G. Road
2.	November	18-12-09	4326	"
3.	December	22-1-10	4569	"
4.	January	24-2-10	4676	"
5.	February	22-3-10	4799	"
6.	March	20-4-10	4780	"
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 27560/- रूपए

में घोषणा करता हूँ कि:
I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्ट्रार 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 01 No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान.....अस्थाई 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) उपयुक्त 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) उपयुक्त अवधि के दौरान.....दुर्घटनायें संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।
(f) During the above period NO accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त.....कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अत्रा की गई है।
(g) During the period No. 15 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 423990/- 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 अत्रा 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 आमंत्रित नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अत्रा की गई है।
(i) During the period NA No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. NA have been paid to such employees.
- (ञ) अवधि के दौरान आमंत्रित नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अत्रा की गई है।
(j) During the period NA 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. ETC
- (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.
 - 2.
 3. NIL
 - 4.
 - 5.

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

स्थान/Place:

दिनांक/Date: 11-5-10

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

For GREENWOOD ESTATE

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 मेरे.....की उक्त विवरणों की रिकार्ड एवं रजिस्टर सं सत्यापित कर लिया है तथा इसे ठीक पाया है।
Certified that I have verified the above return from the Records and Registers of M/s.....and found it to be correct.

Signature & Seal
of the Chartered Accountant
with Membership No.

सदस्यता संख्या सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर

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

- यदि कोई बीमागृह व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ने की तारीख" लिखें।
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or "L.....(date)".
- कृपया बीमा संख्या आरोही क्रम में लिखें। Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4, 5 व 6 में दिए जाएं।
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कॉलम 4, 5 व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।
Invariably Strike totals of Column 4, 5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई संशोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरणों के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरणों के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों के 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)
निर्देशक कूट संख्या : Employer's Code No. 52-00-032020-000-1009 अवधि / Period Oct 09 to March 10 तक / to

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

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	बीमागृह व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिसके लिए मजदूरी की प्रदायी 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
Sheet Attached								
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 GREENWOOD ESTATES

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

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

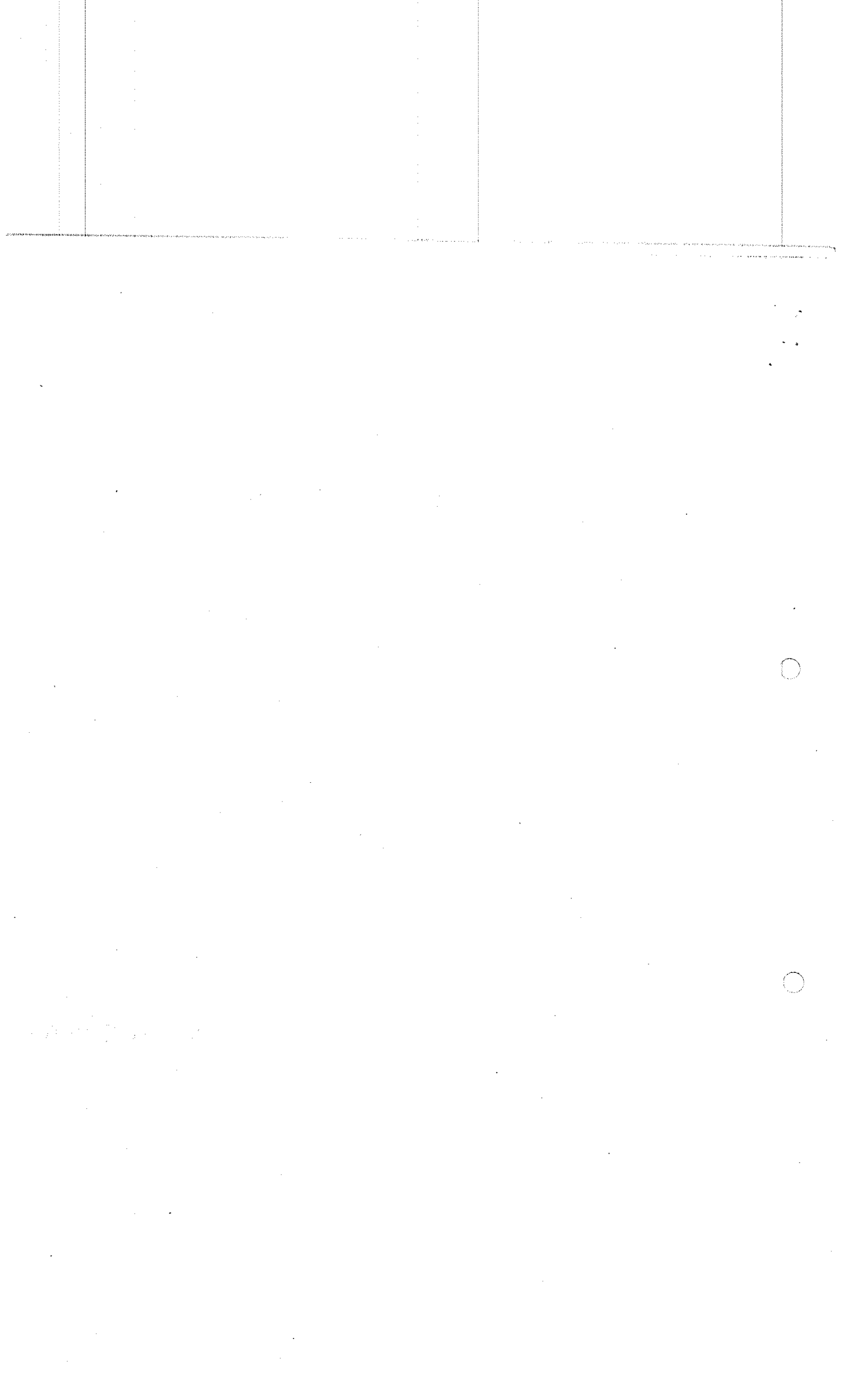
[Signature]
Authorized Signatory

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.श्रे.नि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



GREENWOOD 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 की कूट संख्या
Employer's Code No. 52-00-032020-000-1009

क्र. संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संवत् को गई No. of days for which wages paid	संवत् मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5+4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के संतुलन मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	टिप्पणियाँ Remarks/Name of Dispensary
				₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P		
1	5315193	J. Ram Babu	165 1/2	46282/-		809	00	279	64	Ys	
2	5965093	M. Malla Reddy	182	44274/-		774	00	243	26	Ys	
3	5965095	M. Mahendar	20 1/2	3793/-		66	00	185	02	Left	
4	5965100	D. Shivshankar	182	26928/-		474	00	147	95	Ys	
5	5965102	I. Ramakrishna	175	25753/-		450	00	147	16	Ys	
6	5965103	B. Anjiab	181 1/2	26089/-		455	00	143	74	Ys	
7	5965104	A. Kiran Kumar	86	15281/-		267	00	177	68	Ys	
8	5965105	Mukhtar Ahmad	178 1/2	29177/-		511	00	163	45	Ys	
9	5965106	G. Mahesh	178	49468/-		864	00	277	91	Ys	
10	5966130	S. Sivaramadh	111	21035/-		369	00	189	50	Ys	
11	5966134	D. Phani Kumar	81 1/2	14265/-		250	00	175	03	Ys	
12	520-7269129	U. Kunnal	144	23653/-		415	00	164	25	Ys	
13	4509564	M. Lavanya	179 1/2	33817/-		592	00	188	39	Ys	
14	6164112	S. Madhakar	182	34278/-		600	00	188	36	Ys	
15	6164113	M. Sri Latha	173 1/2	29897/-		524	00	172	31	Ys	
TOTAL				222005		423980		7420	00		

For GREENWOOD ESTATES

Authorized Signatory

शाखा कार्यालय / Branch Office
 क.ए.बी. निगम / E.S.I. Corporation
 चिक्कादपल्ली / Chikkadapally
 पुराने केन्द्रीय ब्रेक के सामने / Opp. Old Central Club
 मुशीराबाद / Musheerabad
 हैदराबाद / HYDERABAD-500 003.

4
 22/10/09

(विनियम Regulation-14)



कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम तथा पता..... **GREENWOOD ESTATES**
 Name and address of the Factory or Establishment..... **5-4-187/3&4, Soham Mansion**
2nd Floor, M.G. Road,
 नियोजक कूट संख्या..... **SECUNDERABAD-500 003.**
 Employer Code Number **20-032020-000-1009**

मैं इसके साथ नीचे दिये हुए कर्मचारियों के घोषण पत्र आप की सेवा में प्रेषित कर रहा हूँ। मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम १९४८ की धारा २(९) की परिभाषा के अन्तर्गत प्रत्येक कर्मचारी जो इस कारखाने या प्रतिष्ठान में दिनांक को कार्य कर रहे हैं और रु. ३,०००/- से अधिक पारिश्रमिक (अतिरिक्त कार्यकाल का पारिश्रमिक छोड़ कर) प्रतिमाह नहीं पा रहे हैं, इस सूची में सम्मिलित कर लिया गया है। (केवल उन्हें छोड़ कर जिनके घोषण पत्र निगम को पहले ही भेजे जा चुके हैं)।

I send here with the declaration Forms in respect of the employees mentioned below. I hereby declare that every person employed as an employee, within the meaning of section 2(9) of the Employees' State Insurance Act, 1948 on in this factory or establishment and in receipt of a remuneration not exceeding Rs. 6500/- (excluding remuneration for overtime work) per month has been included in this list, (excepting only those in respect of whom declaration forms have been sent to the Corporation in the past.

स्थान Place
 दिनांक Date

FEMALE IP

हस्ताक्षर Signature
 पदनाम Designation **Authorised Signatory**

क्रमांक Serial No.	कर्मचारी का नाम Name of the Employer	नियोजक के पास पहचान संख्या यदि हो Distinguishing No. with the employer if any	पिता या पति का नाम Father's or Husband's Name	निगम द्वारा नियत बीमा संख्या (संबंधित कार्यालय में प्रविष्ट होना चाहिये) Insurance No. allotted by Corporation (to be entered at the Appropriate Office)
1	2	3	4	5

P.T.O.

1	2	3	4	5
1	S. MADHAVI		S. BALRAJ	
2	SRI LATHA		M. VENKATESH	
3	M. KAVITHA		Late M. ANJANA	
4	S. NAGAMAN		S. SOPAL RAO	

For GREENWOOD ESTATES

[Signature]
 Authorised Signatory

52-0-032020-000-1009

17/ESIC/HYD/4-2008 II

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

शा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

CHIKADPALLY

अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(विनियम 26) / (Regulation 26)



ग्राम 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

SRI. SOHAM MODI

ख) पदनाम Designation

PARTNER

ग) आवासीय पता Residential Address

PLOT 280, ROAD NO 25, JUBILEE HILLS - HYD

घ) अवधि Contribution Period

APRIL 2008 से from SEPTEMBER 2008 तक To

मैं निम्नलिखित योगांकृत व्यक्तियों, महिलाओं के संबंध में नियोक्ता व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणी में उन सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित हों। भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या नया माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोक्ता के माध्यम से नियुक्त किया गया है। जो दिन पर विवरणी में संशोधन अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोक्ता कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नॉचे 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 ESIC Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return relates and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

कर्मचारी का शेयर / Employee's Share 7116 = 00

नियोक्ता का शेयर / Employer's Share 19321 = 00

कुल अंशदान / Total Contribution 26437 = 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 2008	11-11-09	5032	SRI MG ROAD SEC
2.	MAY 2008	11-11-09	1601	
3.	JUNE 2008	11-11-09	4570	
4.	JULY 2008	11-11-09	4093	
5.	AUG 2008	11-11-09	4071	
6.	SEPT 2008	11-11-09	4071	
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 26438 = 00 रूप

52-0-032020-000-1009

में घोषणा करना है कि
I declare that

- (क) सभी रिकॉर्ड्स तथा रजिस्ट्रार 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) विधायक के अवधि के दौरान घोषणा पत्र 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) उक्त 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) उक्त अवधि के दौरान दुर्घटनाओं संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई है।
(f) During the above period NO accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।
(g) During the period No. 16 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 406,744/- 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 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 आमतौर नियोजक के माध्यम से कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(i) During the period 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 आमतौर नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(j) 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 के लिए 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. EPF
- (ड) अंशदान की अवधि के लिए 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. NIC
2.
3.
4.
5.

उल्लिखित सूचनाएँ 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 व्याज सहित देय अंशदान और हर्जाने की वसूली हेतु कार्रवाई की जा सकती है।
The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

स्थान/Place:
दिनांक/Date:

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर/Signature & Designation
Authorised Signatory
(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 भेजे गए.....की उक्त विवरणी को रिकॉर्ड एवं रजिस्ट्रार 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

52-0-032020-000-1009

GREENWOOD 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

योजक की कूट संख्या
Employer's Code No. 52-0-032020-000-1009

APRIL-08 TO SEPT-08

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	विक्रम दिनों के लिये स्पष्टी संख्या को गई No. of days for which wages paid	संयुक्त मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contrib- ution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5+4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है या बीमा योग्य मजदूरी सीमा के घाटे मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	टिप्पणियाँ/अन्य Remarks/Name of Dispensary
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
1	5965092	G. Jait Kumar	182	4869	7	853	00	267	74	No	
2	5965093	M. Mella Reddy	182	4192	8	734	00	230	87	Yes	
3	5965094	B. Kishan Kumar	61	1133	7	198	00	185	80	No	
4	5965095	M. Mahendar	181 1/2	3103	7	542	00	170	97	Yes	
5	5965096	B. Sathanandam	83 1/2	1998	7	350	00	239	82	No	
6	5965097	B. M. Nod Kumar	153	2267	7	395	00	148	16	No	
7	5965098	A. Abdul Samad	171 1/2	2550	7	446	00	148	69	Yes	
8	5965099	G. V. Reddy	183	2584	7	450	00	141	21	Yes	
9	5965100	D. Shivshankar	183	2448	7	426	00	133	77	Yes	
10	5965101	V. Sai Jinish	120	1783	7	311	00	148	63	Yes	
11	5965102	J. Ramakrishna	30	446	7	78	00	148	66	Yes	
12		M. D. Shakti	183	2992	7	522	00	163	50	Yes	
13	6164112	S. Madhavi	183	3264	7	570	00	178	39	Yes	
14	6164113	M. Sujatha	179 1/2	2934	7	512	00	163	50	Yes	
15	6164114	M. Karthika	178 1/2	3449	7	603	00	193	23	Yes	
16		T. Nagaraj	30	657	7	115	00	219	13	No	
	TOTAL			2284.54	6144	7105	00				

For GREENWOOD ESTATES

[Signature]
Authorised Signatory

हस्ताक्षर / Signature

52-0-032020-000-1009

महत्वपूर्ण अनुदेश: "अभ्युक्ति कॉलम (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.F. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or "L.....(date)"
- कृपया बीमा संख्या 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.

GREENWOOD 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.....

52-0-032020-000-1009

SRI SOHAM MODI (PARTNER)

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

अवधि / Period... from APRIL 08 TO SEPT-08 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या उनके 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 ENCLOSED								
TOTAL								

For GREENWOOD ESTATES

नियोजक के हस्ताक्षर

Signature of Authorised Signatory

- * 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.

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

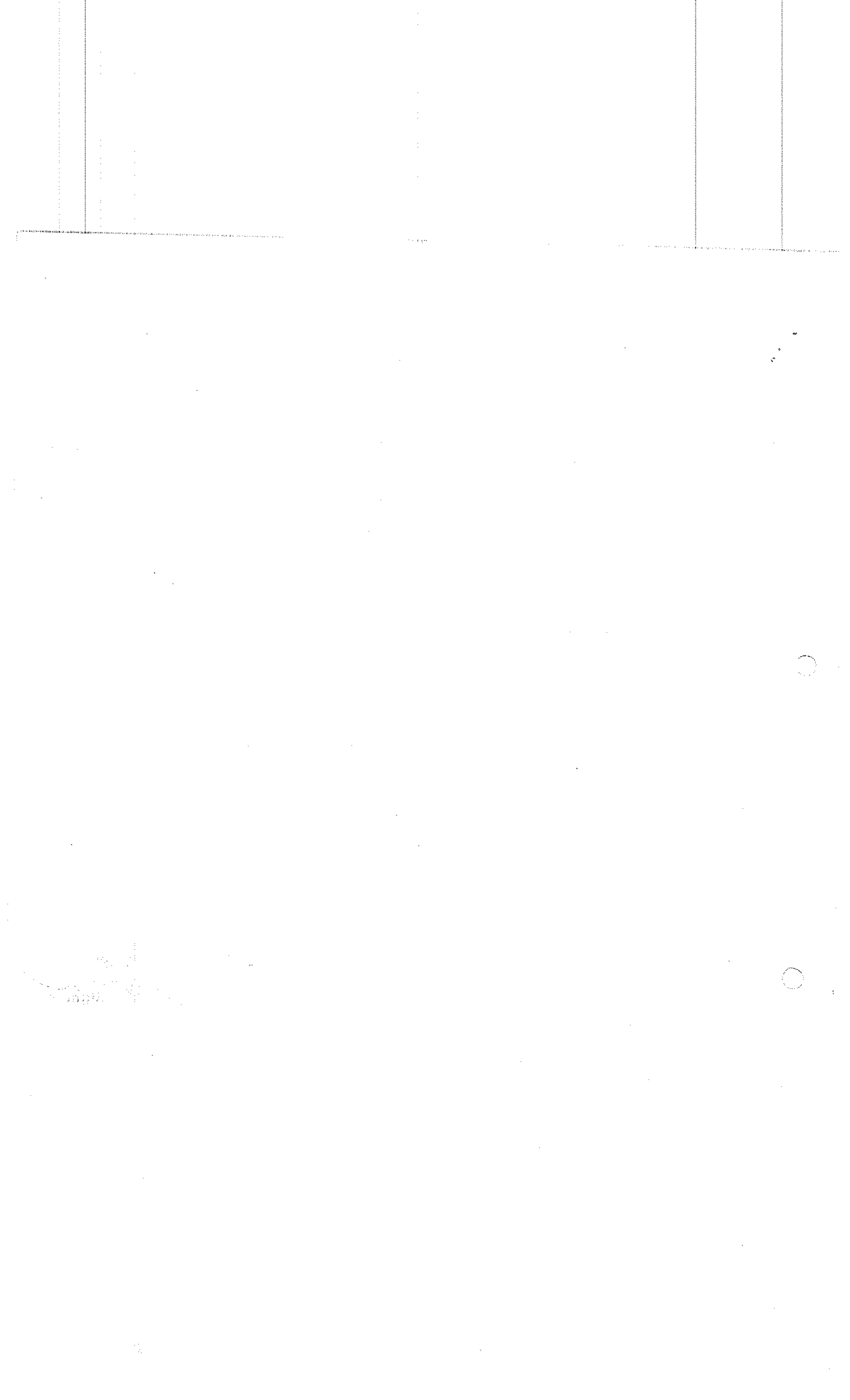
- दावे की स्थिति चिह्नित। / Entitlement position Marked.
- विवरणों के कॉलम - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गयी।
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक/कर्मचारी अंशदान की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पायी गयी।
प्रक्षेप-ज्ञापन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



52-0-032020-000-1009

AGN/ESIC/HYD/4-2008/IL

प्रस्तुत करने के लिए नियत तिथि '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

अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(विनियम 26) / Regulation 26

GREENWOOD ESTATES

5-4-187384, 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 नियोजक का विवरण : Particulars of the Principal employer(s)

क) नाम Name

SRI. SAHAM MODI

ख) पदनाम Designation

PARTNER

ग) आवासीय पता Residential Address

PLOT NO. 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD

अंशदान अवधि : Contribution Period

से From

OCTOBER 2007 से MARCH 2008 तक / To

मैं निम्नलिखित योगांकृत व्यक्तियों / महिलाओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के ब्योरे नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरण 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 तिन पर विवरण में 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 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 शेर / Employee's Share..... 4077 = 00

नियोजक का शेर / Employer's Share..... 11067 = 00

कुल अंशदान / Total Contribution..... 15144 = 00

चानानों के ब्योरे : Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	माह Month	चानान की तारीख Date of Challan	राशि / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	JAN 2008	11-11-09	5089	SBI MG ROAD SEC
2.	FEB 2008	11-11-09	4994	- 4 -
3.	MAR 2008	11-11-09	5061	- 4 -
4.			-	
5.			-	
6.			-	
7.			-	
8.			-	
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 15144 = 00 रूपए

52-0-032020-000-1009

में घोषणा करना है कि
I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उद्दिष्ट रूपरेखों 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..... प्रथाई 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) अनुकूल अवधि के दौरान प्राप्त वीमाकृत व्यक्तियों को..... स्थाई पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(e) During the above Period..... No. of F I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) अनुकूल 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. 15 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 232946/- have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्त किए गए..... कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को..... रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(h) During the period NIL No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. NIL have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान आमत्र नियोजक के माध्यम से..... कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को..... रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(i) During the period NIL No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. NIL have been paid to such employees.
- (ञ) अवधि के दौरान आमत्र नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए..... कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को..... रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(j) During the period 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 अवशेषों 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 अवशेषों 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.

उद्दिष्ट सूचनाएं रिकार्ड पर आश्रित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर जोरदार कार्यवाही तथा क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार चार्ज सहित 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. **Authorised Signatory**

स्थान, Place:
दिनांक, Date:

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

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

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

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मंगल..... की उक्त विवरणी को रिकार्ड एवं रजिस्टर से सत्यापित कर लिया है तथा इसे ठीक पाया है।
Certified that I have checked 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

GREENWOOD ESTATES

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

2nd Floor, M.G. Road,

SECUNDERABAD-500 003.



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-5

धोत्रक की कूट संख्या
Employer's Code No.

52-0-032020-000-1009

1 OCT-07 To MARCH-08

Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिनों के लिये मजदूरी सट्टे को पाई No. of days for which wages paid	संदात मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution, deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5+4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	अंशदाता का नाम Remains/Name of Dispensary
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
1	5965090	K. Ganesh Soud	91	23790/-	117	00	261	42	NO		
2	5965091	P.S. Shantaram	91	20817/-	363	00	228	75	NO		
3	5965092	G. Jai Kumar	91	19329/-	339	00	212	40	YES		
4	5965093	M. Malla Reddy	91	17847/-	312	00	196	05	YES		
5	5965094	B. Kamesh Kumar	87 1/2	14270/-	250	00	163	08	YES		
6	5965095	M. Makundam	91	14287/-	249	00	158	92	YES		
7	5965096	B. Sadamurthi	88	11489/-	200	00	130	55	YES		
8	5965097	B.M. Vinod Kumar	91	11897/-	207	00	130	71	YES		
9	5965098	Aldel Samad	91	10857/-	189	00	119	27	YES		
10	-	M.D. Shantanu	91	14127/-	246	00	155	24	Yes		
11	-	N. Anil Kumar	91	104107/-	183	00	114	36	NO		
12	6164112	S. Madhavi	91	14868/-	261	00	163	38	YES		
13	6164113	M. Sridatha	84 1/2	12427/-	218	00	147	05	Yes		
14	6164114	M. Kavitha	87 1/2	14287/-	250	00	163	21	Yes		
15	6164115	S. Nagamani	91	22302/-	390	00	245	07	NO		
TOTAL				1342.5	232976/-	14074	00				

FOR GREENWOOD ESTATES

हस्ताक्षर / Sign. Authorised Signatory

52-0-032020-000-1009

5

10

11

शाखा कार्यालय का नाम

Name of the Branch Office CHIKAD PALLYनियोजक कोड संख्या
Employer Code No.

52-0-032020-000-1009



अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(विनियम 26) (Regulation 26)

कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता :

Name & Address of the factory or establishment :

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

क) नाम Name : SRI SATHAMख) पदनाम Designation : PARTNERग) आवासीय पता / Residential Address: Plot No. 25, Road No. 25, Jubilee Hills - HYDअंशदान अवधि Contribution Period: APRIL 2009 To SEPTEMBER 2009

मैं निम्नलिखित वर्गीकृत व्यक्तियों / महिलों के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणी में उन सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हें कारखाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या तैयार माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणी से संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व 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 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.

कर्मचारी का शेयर / Employee's Share..... 6615 = 00नियोजक का शेयर / Employer's Share 17956 = 00कुल अंशदान / Total Contribution..... 24571 = 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.	APRIL - 09	12-10-09	3610	3052 SBI M.G. ROAD, SECUNDERABAD
2.	MAY - 09	12-10-09	3305	- 4 -
3.	JUNE - 09	12-10-09	3879	- 4 -
4.	JULY - 09	12-10-09	4880	- 4 -
5.	AUG - 09	12-10-09	4506	- 4 -
6.	SEPT - 09	16-10-09	4391	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 24571 = 00 रूपए

52-0-032020-000-1009

में घोषणा करना है कि:

I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.ची. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।
(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
- (ख) निवृत्तियों 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 प्रत्याई परचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान प्रत्याई परचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period No. of PI Cs have been received.
- (ङ) अनुक्त अवधि के दौरान पात्र योग्य व्यक्तियों को स्थायी परचान 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 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 अवधियों हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।
(क) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1. BASIC
2. DA
3. HRA
4. CCA
5. TA
6. EA
- (ड) अंशदान की अवधियों हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।
(g) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1. NIL
2.
3.
4.
5.

For GREENWOOD ESTATES

उल्लिखित सूचनाएं रिकार्ड पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.ची. अधिनियम के उपबंधों के अंतर्गत हमें अधिकार प्राप्त है कि हमें अंशदान के उपबंधों के अनुसार आप सहित देय अंशदान और हर्जाने की वसूली हेतु कार्यवाही 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.

Authorised Signatory

स्थान Place:

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

दिनांक Date:

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

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

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

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मेरे/.....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

15/1

J

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
चिक्कादपल्ली / CHIKKADAPALLY

फार्म/REG FORM - 5

दिनांक / DATE
नियोजक कूट संख्या 52-0-0320-000-1009

अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS
Date of Submission

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

GREENWOOD ESTATES

5-4-187/384, (Soham) Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SEUNDERABAD-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 M.O.D.I.
ख) पदनाम Designation : PARTNER
ग) आवासीय पता Residential Address : PLOT NO 289, ROAD NR. 5, JUBILEE HILLS, HYD
अंशदान अवधि Contribution Period : 9 OCT - 2008 से 7 तक / To MARCH - 2009

मैं निर्माणित या माफ़ कृत 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 माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणी में संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदान 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 4937 = 00
नियोजक का शेयर / Employer's Share 13400 = 00
कुल अंशदान / Total Contribution 18337 = 00

चालानों के ब्यौरे / Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	माह Month	चालान की तारीख Date of Challan	राशि / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	OCT-08	11-11-09	3464	SBI MG Road Sec
2.	NOV-08	11-11-09	3354	"
3.	DEC-08	11-11-09	2518	"
4.	JAN-09	11-11-09	2873	"
5.	FEB-09	11-11-09	2824	"
6.	MAR-09	12-10-09	3303	"
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 18336 = 00 रुपये

52-0-032020-000-1009

में घोषणा करना है कि
I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.ची. अधिनियम, नियमों तथा विनियामों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं।
(a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
- (ख) विवरणी की अवधि के दौरान घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(b) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अवधि के दौरान अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period No. of PI Cs have been received.
- (ङ) उपर्युक्त अवधि के दौरान प्राप्त योग्यता प्राप्त व्यक्तियों को अस्थाई पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(e) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (च) उपर्युक्त अवधि के दौरान दुर्घटनायें संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं।
(f) During the above period accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को रुपये 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. 282023 have been paid to such employees.
- (ज) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्त किए गए कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
(h) During the period No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. Nil have been paid to such employees.
- (झ) अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई।
(i) During the period No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. 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 अवकाशों 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) प्रविष्टि की अवकाशों 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 रिकार्ड पर आश्रयित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.ची. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर अभियोजन तथा क.रा.ची. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार कार्रवाई देय अंशदान और बर्जान की वसूली हेतु कार्यवाई की जा सकेगी।
The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

स्थान/Place:

दिनांक/Date:

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

For GREENWOOD ESTATES

Authorized 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 मेने मेरास.....की उक्त विवरणी को रिकार्ड एवं रजिस्टर सँ 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

12

13

14

15

MP-CODE-NO : 52-0-032020-000-1009

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमावृत्त व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संदत को गई No. of days for which wages paid	संदत मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5+4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	अंशदान का नाम Remarks: Name of Contributor
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
1	5965093	Mulla Reddy	175	405769	710	-	231	86	YES		
2	5965095	M. Mohan	177 1/2	304824	533	-	171	70	Yes		
3	LEFT	MD Shaker	91	148000	258	-	162	63	No		
4	5965098	Abdul Samad	46 1/2	68884	121	-	148	00	No left		
5	5965099	G. V. Rao	182	258024	450	-	141	98	No left		
6	5965100	D. Shivshankar	182	244800	426	-	134	50	YES		
7	5965100	V. Saichinash	156	233850	409	-	149	90	No left		
8	5965102	T Ramkrishna	73	105944	185	-	145	12	Yes		
9	5965103	B. ANSIAH	90	118930	207	-	132	16	Yes		
10	5965104	D. Koushika	86 1/2	157410	275	-	181	77	Yes		
11	5965105	Mukhtar Ahmed	31	49500	87	-	159	87	Yes		
12	6164112	S. Madhavi	179 1/2	321600	562	00	179	16	Yes		
13	6164114	M. Kavitha	58 1/2	113000	198	00	193	26	No left		
14	6164113	Saidatha	176 1/2	289900	505	00	164	27	Yes		
TOTAL			1705	4220934	4926	00					

For GREENWOOD ESTATES

52-0-032020-000-1009

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

हस्ताक्षर
SIGNATURE

Chombar
Authorised Signatory

पात्रता की स्थिति चिह्नित है।
Entitlement position marked

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

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

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

प्रति हस्ताक्षर
Countersigned

प्रति हस्ताक्षर
COUNTERSIGNED
शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER

प्रदान लिपिक
HEAD CLERK

शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER

