



कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
Employees' State Insurance Corporation MODI VENTURES

प्रपत्र FORM-6A

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

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

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संतत को गई No. of days for which wages paid	संतत मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5:4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औपचारिक नाम Remarks/Name of Dispensary
				₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P		
1	5315190	TANVEER KHAN	181	34984.00	511.00	160	71	YES			
2	5315191	DAYAL	183	32646.00	570.00	178	39	YES			
3	5315193	T. RAMBABU	183	32646.00	570.00	178	39	YES			
4	5315194	K. SRAYANKUMAR	181	20229.00	356.00	111	45	YES			
5	5315205	CH. VENKATRAMANA	183	43524.00	762.00	237	83	NO	LEFT		
6	5315209	M. RAMAKRISHNA	182	45971.00	805.00	252	62	NO	LEFT		
7	5315211	VINOD KUMAR	181	34984.00	611.00	193	28	YES			
8	5315212	D. RATKUMAR	145	18447.00	322.00	126	78	YES			
9	5315213	J. SELVAKUMAR	181	24204.00	422.00	133	72	NO	LEFT		
10	4399923	V. SUNITHA	182	24984.00	521.00	163	51	YES			
11	4399926	R. SUBHASHINI	70	12420.00	218.00	177	42	NO	LEFT		
12	4399927	M. NAGALAKSHMI	183	31284.00	546.00	170	95	NO			
13	4399928	M. KEERTHI	179	40030.00	700.00	223	00	NO			
14	5315191	P. DEEN DAYAL RAO	92	23790.00	417.00	258	50	NO			
15		Y. RAYI	151	19684.00	343.00	130	35	NO	LEFT		
16		B. VENKATAPRASAD	121	3193.00	554.00	260	22	NO			
				476284	8328						
TOTAL											

हस्ताक्षर / Signature

For MODI VENTURES

Authorised Signatory



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

CHIKAMPALLY



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

स्थानिक कार्यालय / Local Office  
 नियोजक कूट संख्या / Employer Code No. 52-26006-101  
 प्राप्ति की तिथि / Date of Receipt  
 दायित्वक क्षमता, प्रमाणात्मक व हानिपूर्वक के अन्तर्गत प्रारंभ किया गया।  
 Interest and Damage Liability

फार्म/REG. FORM - 5

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

**MODI VENTURES**  
 5-4-187/3 & 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. SRHAM. MODI  
 ख) पदनाम Designation : PARTNER  
 ग) आवासाय पता / Residential Address : PLOT NO. 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD  
 अंशदान अवधि : Contribution Period : OCTOBER 2008 से / from MARCH 2009 तक / To

मैं निम्नलिखित प्रामाणिक 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 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 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..... 5192 = 00  
 नियोजक का शेयर / Employer's Share..... 14092 = 00  
 कुल अंशदान / Total Contribution..... 19284 = 00

चालानों के ब्योरे / 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-08	12-11-08	2949 = 00	STATE BANK OF INDIA-MARRAD
2.	NOVEMBER-08	16-12-08	3041 = 00	SECUNDERABAD
3.	DECEMBER-08	15-01-09	2894 = 00	- " -
4.	JANUARY-09	20-02-09	3259 = 00	- " -
5.	FEBRUARY-09	19-03-09	3318 = 00	- " -
6.	MARCH-09	20-04-09	3793 = 00	- " -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 19284 = 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।
- (ब) 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 ..... NIL ..... No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अवधि के दौरान.....स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
- (d) During the above Period ..... 01 ..... No. of P I Cs have been received.
- (ङ) उपर्युक्त अवधि के दौरान पात्र वीमाकृत व्यक्तियों को.....स्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
- (e) During the above Period ..... 01 ..... 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 ..... NB ..... 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. .... 03 ..... of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. ~~38275~~ 296675 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 आसन्न नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है।
- (i) During the period ..... N.A. .... No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. N.A. have been paid to such employees.
- (ञ) .....अवधि के दौरान आसन्न नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई 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 अवधि में मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है।
- (k) Following Components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1. BASIC
  2. DA
  3. HRA
  4. CCA
  5. TA
  6. EA

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

- (l) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1. NIL
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.

उल्लिखित सूचनाएँ रिकार्ड पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर अभियोजन तथा क.रा.वी. अधिनियम के उपबंधों के अनुसार व्याप्त सहित देय अंशदान और हजाने 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: \_\_\_\_\_ नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर/Signature & Designation of the Employer

दिनांक/Date: \_\_\_\_\_ (रबड़ की मोहर सहित) / (with Rubber Stamp)

For MODI VENTURES

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

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

Signature & Seal of the Chartered Accountant with Membership No. सदस्यता संख्या सहित चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर





चार प्रतियों में  
IN QUADRUPLICATE

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



शाखा कार्यालय: कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
BRANCH OFFICE: E.S.I. CORPORATION  
T. N. NIGUNJ  
KEMPALLEY

प्राप्ति की तिथि: .....  
दोषिक अंशदान: .....  
नियोजक की कुट-संख्या Employer's Code No. 5226006-11

Received subject to Prosecution  
Interest and Unpaid Liability

स्थानीय कार्यालय का नाम  
Name of Local Office: Kempally

प्रपत्र / FORM - 6

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

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)

विनियम-26 (Regulation-26)

**MODI VENTURES**

5-4-187/3 &amp; 4, IInd Floor,

कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम पूरा पता  
Name & Address of the Factory or Establishment: Soham Mansion, M.G. Road,  
SECUNDERABAD-500 003. A.P.

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer

क) नाम / Name

SOHAM MODI

ख) पदनाम / Designation

MANAGING PARTNER

ग) आबसीया पता / Residential Address

#280, Rd No. 025, Jubilee Hills, Hyd.

कालावधि / Period From

01st April - 2007

से / To

30 Sep 2007 तक

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

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

नियोजक के शेयर के रूप में	रुपये तथा कर्मचारीयों के शेयर रूप में रुपये	मिलाकर
रुपये की राशि के कुल अभिदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संदाय किया गया।		
Total contribution amount Rs. 25109 -	Comprising of Rs. 6760 -	
as Employees' share and Rs. 18349 -	as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :	
1. चालान तारीख / Challan Dated 4434 21.05.07 (April)	रुपये / for Rs. 4434 -	
2. चालान तारीख / Challan Dated 19.06.07 (May)	रुपये / for Rs. 4260 -	
3. चालान तारीख / Challan Dated 15.07.07 (June)	रुपये / for Rs. 4081 -	
4. चालान तारीख / Challan Dated 17.08.07 (July)	रुपये / for Rs. 4077 -	
5. चालान तारीख / Challan Dated 20.09.07 (Aug)	रुपये / for Rs. 4104 -	
6. चालान तारीख / Challan Dated 20.10.07 (Sep)	रुपये / for Rs. 4150 -	

स्थान / Place : Secunderabad.

दिनांक / Date :

हस्ताक्षर / Signature

पद / Designation

Authorised Signatory

महत्वपूर्ण अनुदेश :

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













चार प्रतियों में  
IN QUADRUPLICATE



नियोजक की कुट संख्या Employer's Code No

प्रपत्र / FORM - 6

5226006

स्थानीय कार्यालय का नाम  
Name of Local Office

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

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)

विनियम-26 (Regulation 26)  
**MODI VENTURES, 5-4-187/3 & 4**  
**II Floor, Soham Mansion**  
**M.G. Road, Secbad-3**

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

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

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer :

क) नाम / Name **MR. SOHAM MODI**  
ख) पदनाम / Designation **MANAGING PARTNER**  
ग) आवसीया पता / Residential Address

कालावधि / Period From **01st OCT-2006** से / To **31 MAR-2007** तक

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

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

नियोजक के शेयर के रूप में रुपये तथा कर्मचारीयों के शेयर रूप में रुपये मिलाकर  
रुपय की राशि के कुल अभिदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़) का निम्न रूप से संदाय किया गया।  
Total contribution amount Rs **25656 =** Comprising of Rs **6906.85**  
Employees' share and Rs **18748.65** as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :

चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.
2. APRIL 2007	4309 -
21 MAR. 2007	4692 =
21. FEB 2007	4216 =
23. JAN 2007	4098 =
19. DEC. 2006	4014 =
21. NOV 2006	4327 =

स्थान / Place : **SECBAD**  
दिनांक / Date : **02/06/07**

हस्ताक्षर / Signature

पद / Designation

**MODI VENTURES**

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

FIN No 28991506372

महत्वपूर्ण अनुदेश :

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





चार प्रतियों में  
IN QUADRUPPLICATE



नियोजक की कुट संख्या Employer's Code No.

प्रपत्र / FORM - 6

5226001

स्थानीय कार्यालय का नाम  
Name of Local Office

101-

कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

अंशदान विवरणी (Return of Contribution)

विनियम-26 (Regulation-26)

MODI VENTURES, 5-4-187/3 & 4, II Floor  
Soham Mansion, M.G. Road, Secbad-3

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

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer :

क) नाम / Name MR. SOHAM MODI

ख) पदनाम / Designation MANAGING PARTNER

ग) आवासीय पता / Residential Address #200, B no 25, Janta Hill, Hydr

कालावधि / Period: From 01st May - 2006 से / To 30th Sep - 2006 तक

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

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

नियोजक के शेयर के रूप में	रुपये तथा कर्मचारीयों के शेयर रूप में रुपये	मिलाकर
	रुपय की राशि के कुल अभिदाय (विवरणों के कालम ६ का जोड़)	का निम्न रूप से संदाय किया गया।
Total contribution amount Rs. 17026=	Comprising of Rs. 4585=	
as Employees' share and Rs. 12429=	as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :	
1. चालान तारीख / Challan Dated 20/07/2006	रुपये / for Rs. 4865/-	
2. चालान तारीख / Challan Dated 20/08/2006	रुपये / for Rs. 2931/-	
3. चालान तारीख / Challan Dated 21/08/2006	रुपये / for Rs. 2011=	
4. चालान तारीख / Challan Dated 21/09/2006	रुपये / for Rs. 3204/-	
5. चालान तारीख / Challan Dated 20/10/2006	रुपये / for Rs. 3015=	
6. चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.	

स्थान / Place : SEC' BAD

दिनांक / Date : 07/06/07

हस्ताक्षर / Signature

पद / Designation Ngr. Admin

महत्वपूर्ण अनुदेश :

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

MODI VENTURES

5-4-187/3 & 4 3rd Floor,

Soham Mansion, M.G. Road, Secbad-3

SECUNDERABAD-500 003.



**Important Instructions :**

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

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी सतत को गई No. of days for which wages paid	सतत मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribution-deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages	क्या अभी प्रो. कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औषधालय का नाम Remarks/Name of Dispensary
				रु. Rs.	पै. P.	रु. Rs.	पै. P.			
2	2000-900	...	...	...	...	...	...	...	...	...
				TOTAL		...		...	...	...

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

हस्ताक्षर  
SIGNATURE  
*[Signature]*

विवरणी के कॉलम (4) का योग जांच किया गया और सही पाया गया। सही राशि स्थायी से लिखी गई है।  
Total of Col.(5) of the Return Checked and found correct correct amount indicated in Pen  
नियोजको/ कर्मचारियों के द्वारा दी गई अंशदान की राशि सही है // समीक्षा ज्ञापन संलग्न है।  
Checked the amount of employers/employees contribution paid which is in order/observation memo enclosed.

प्र.क्षे.लि. U.D.C.  
प्रति हस्ताक्षर  
COUNTERSIGNED  
शाखा अधिकारी  
BRANCH OFFICER  
प्रदान लिपिक  
HEAD CLERK

# MODI VENTURES



## कर्मचारी राज्य बीमा निगम Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-6A

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

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी संवत् को गई No. of days for which wages paid	संवत् मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contrib- ution deducted		दैनिक मजदूरी 5-4 Daily wages		क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औपचारिक का नाम Remarks/Name of Dispensary
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
01		Narasing Deshmukh	31	5894	00	103	15	190	12	LEFT SERVICE	
02		Tamvees Khan	181	31116	00	543	50	171	91	YES	
03		P. Dayal	182	29106	00	509	80	159	92	YES	
04		Ram Subairaj	151	29675	00	519	80	196	52	LEFT SERVICE	
05		R. Subhas Shani	175.5	28336	00	496	40	161	45	YES	
06		J. Rambabu	182	21762	00	379	00	119	57	YES	
07		K. Sivan Kumar	180	16144	00	283	50	89	68	YES	
08		M. Nagalaxmi	182	25842	00	450	80	141	98	YES	
09		CH Venkata Ramana Reddy	181.5	34091	00	595	85	187	82	YES	
10		M. Keerthi	182	27204	00	474	70	149	47	YES	
11		G. Jagdish	180	50591	00	885	40	281	06	YES	
12		N. Vittal	181	27042	00	472	70	149	40	YES	
13		S. Pramod Kumar	80	17771	00	311	25	222	13	LEFT SERVICE	
14		M. Rama Krishna	121	19820	00	348	00	163	80	YES	
15		NV Chandra Mohan	80	20635	00	361	00	257	93	YES	
16		N. Vinod Kumar	57.5	9663	00	169	00	168	05	YES	
TOTAL				394692	00	6903	80	2810	81		

हस्ताक्षर / Signature