

AGN/ESIC/HYD/4-2008 II.

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

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office



अंशदान विवरणी / RETURN OF CONTRIBUTIONS

स्थानीय कार्यालय / कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Local Office : E.S.I. Corporation
चिक्कडपली/CHIKKADAPALLY

आप से प्राप्त हुया, सत्यापन के अधीन है
Receipt of R.C. acknowledged, Subject to Verification

नियोजक कूट संसद्या
Employer's Code No. 52-00-032021-000-1009

अ.श्रि.लि./L.D.C.

Chik Kadapally

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(विनियम 26) / (Regulation 26)

ALPINE ESTATES

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

कार्यालय अथवा स्थापना का नाम और स्थान :
Name & Address of the factory or establishment :

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

- a) नाम Name Sri Soham Moddi
 b) पदनाम Designation Partner
 c) आवासीय पता Residential Address Plot-28a, Road No.25, Tieville Hill-HYD

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

मैं नियमित रूप से अपने कर्मचारियों, महिलों जूँ के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतददाता यह घोषणा करता हूँ कि विवरणी में उन गर्भी कर्मचारियों वाले शामिल किया गया है जिन्हे स्थापना में या उनके कार्य के संबंध में या कारबाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के अंशदान में वा कारबाना माल खरीदने या बेचने या विनियम आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणी में संबंधित अंशदान अवधि नामू छोटी है तथा अंशदान की अवधारणा करने में संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपर्योग के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के द्वारा गए चालानों द्वारा याती तरह में कर दी गयी है :-

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

कर्मचारी वा शेयर / Employee's Share 7670 = 00
 नियोजक का शेयर / Employer's Share 20821 = 00
 कुल अंशदान / Total Contribution 28491 = 00

चालानों के बारे Details of Challans :-

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

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 28491 = 00 रुपये

मेरे शोषणा करना है कि।

I declare that

- (क) मेरी रिकार्ड तथा गोपनीय क.स.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनायकों में उल्लिखित उपर्योगों 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) विवरणीय रूप संबंधित के दौरान.....शोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(b) During the period of Return 0.4 No. of Declaration Forms have been submitted.
(ग) उत्तराधिकारी के दौरान.....आधारित पदचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(h) During the period of Return 0.1 No. of TICs have been received.
(घ) उत्तराधिकारी के दौरान.....स्थाई पदचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(ज) During the above Period No. of PI Cs have been received.
(इ) शोषणा विवरणीय के दौरान पात्र आधारित व्यक्तियों को.....स्थायी पदचान पत्र दियरात्रि किए गए हैं।
(क) During the above Period No. of P1 Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
(ख) उत्तराधिकारी के दौरान.....दुर्घटनायें संविधित शाखा कारबन्य को सूचित की गई है।
(ग) During the above period 0.0 accidents have been reported to the concerned Branch Office.
(घ) अधिकारी के दौरान इसमें दाग नियुक्त.....कर्मचारियों को आत्म किया गया है और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अवश्यक नहीं है।
(ज) During the period No. 10 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 43831/- have been paid to such employees.
(ख) अधिकारी के दौरान इसमें आप सीधे नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को आपने नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अवश्यक नहीं है।
(ह) During the period 0.0 No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
(ज) अधिकारी के दौरान आपने नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा आपने किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अवश्यक नहीं है।
(क) During the period 0.0 No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
(ख) अधिकारी के दौरान आपने नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को आपने नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अवश्यक नहीं है।
(ज) During the period 0.0 No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
(ख) अधिकारी के दौरान इन 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

- (ख) अधिकारी अवश्यक नहीं मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।
(क) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-

स्थान/Place:

दिनांक Date:

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

For ALPINE ESTATES


Authorised Signatory

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

(40 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 मेरे पास.....की उत्तराधिकारी को रिकार्ड एवं रजिस्टर सं सत्यापित कर लिया है तथा इसे टोक पाया है।

Certified that I have certified the above return from the Records and Registers of M/s. _____

Signature & Seal
of the Chartered Accountant
with Membership No. _____
सरकारी संख्या सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं माहा

नियुक्ति अनुदेशः “अभ्युक्ति कर्तालम् (संख्या 9)“ में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions : Information to be given in “Remarks Column (No. 9)”

- यदि कोई वीभाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया जाता है और / या अंशदाता 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 वीमा संख्या अंगठी क्रम से लिखें : Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदाता अवधि के दौरान गमाल मजदूरी अवधि के संबंध में आकड़े कॉलम 4,5 & 6 में दिए जाए।
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कर्तालम 4,5, 6 का आड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।
Invariably Strike totals of Columns 4,5 & 6 of the Return.
- कोई अविलेखन न करें। कोई गंशोधन न करें तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरण के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और रुद्ध की मोहर लगी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरण के कर्तालम 7 में दर्दिनक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए जए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

ALPINE ESTATES

54-187/3 & 4, Soham Mansion

Soham mode (Partner) 2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500-003.

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

52-00-032021-000-1909 अवधि / Period : April -10 से / from Sept -10 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	वीमा संख्या Insurance Number	वीभाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या तिक्के लिए मजदूरी की अवधि की गई है No. of days for which wages paid	उत्तर की गई मजदूरी की कुल राशि (रुपये) Total amount of wages paid (Rs.)	काटा गया कर्मचारी अंशदाता (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औरत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	यह अभी भी कार्य पर है ? Whether still continues Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	3894816	P. Narender	176	35440	619	201-36	YES	
2	5315205	Ch.V.R.Rao	152	54314	950	356-15		Re-Entry
3	5966121	T. Madhu	144	60955	1067	423-29		-4-
4	5966135	N. Naresh Reddy	163	25080	438	153-86	YES	
5	5966136	B. Rojee	181	26711	470	147-16	YES	
6	5966138	M. Shafeek	149	33804	591	188-84	YES	
7	7271953	K.J. Reddy	181	44264	776	244-55	YES	
8	7470708	G. Sait Kumar	149	57692	1010	387-19	YES	
9	7470709	R. Sanjay Kumar	153	25950	455	169-60	YES	
10	6010433	Y. Venkatesh	28	7109	124	253-89		LEFT
11	6261264	B. Hanitha	151	57476	1005	379-37	YES	
12	6261265	T. Sandhya kaur	58	9520	167	162-73		LEFT
TOTAL			1717	438315/-	7674/-			

* अभ्युक्ति कर्तालम में नियूनत की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।

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

For ALPINE ESTATES

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of the Employer


Authorised Signatory

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

- दाव की प्रियता चिह्नित किया गया है। / Entitlement position Marked.
- विवरण के कर्तालम - 5 के अंडे तक किए और सही पाए गए संपूर्ण सारी दर्शायी गयी।
Total of Col 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक कर्मचारी अंशदाता की अदा की गयी राशि की जांच की गयी और ठीक पारी गयी।
checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order - observation memo enclosed.

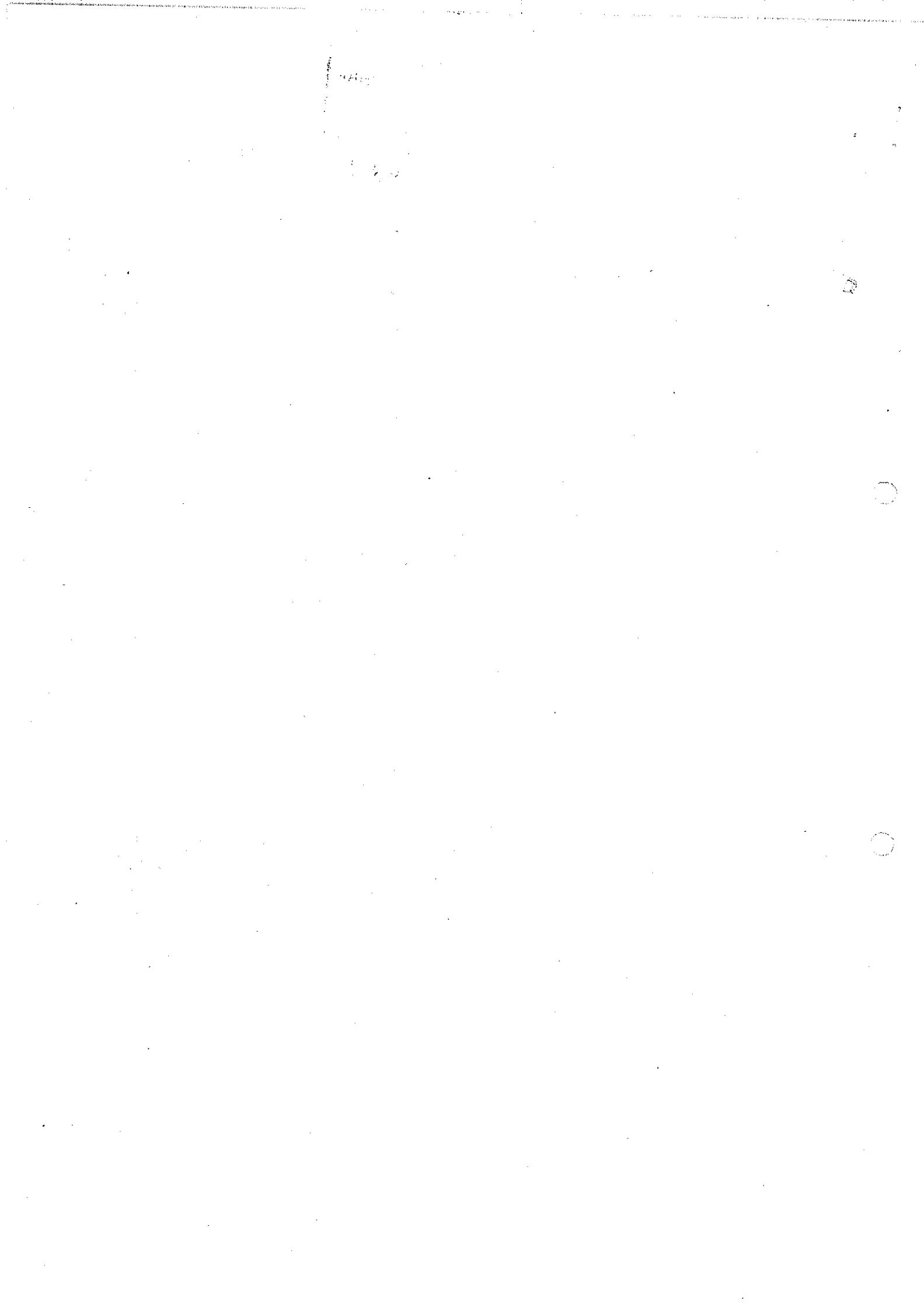
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order - observation memo enclosed.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.ट्र.लि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शासा अधिकारी
Branch Officer



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

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office



CHIKALPALLY

RECEIVED H.C. ON 12/5/2008
RECEIPT OF CONTRIBUTION
L.D.C.

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

नियोजक कूट संख्या
Employer's Code No. 52-00-032021-000-
1009

कार्यालय अधिकारी द्वारा दिया गया :
Name & Address of the factory or establishment :

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

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

क) नाम Name Sri Soham M.R.O.
घ) पदनाम Designation PARTNER
ग) आवासीय पता Residential Address 280, Road No 25, TUBILEE HILLS - HYD
अंशदाता अवधि Contribution Period OCTOBER - 2009 से 10 MARCH 2010 तक To

मैं निम्नलिखित शीर्षक के अनुकूल व्यक्तियों / पर्यावरणों के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदाता के ओर नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतदद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरण में इन सभी कर्मचारीयों को शामिल किया गया है जिन्हे कार्यालय / सापाना में या उसके कार्य के संबंध में या कारबाता / स्थाना के प्रशासन से संबंधित किया गया के भवित्व में या किसी माल व्हारेन्ट या नेचर माल व्हेस्ट या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरण में संबंधित अंशदाता अवधि नाम दोतो है तथा अंशदाता की अदायगी करने से संबंधित अधिकारीयम तथा विनियम के उपर्योग के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के द्वितीय संबंध में अंशदाता की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा यही तरह से बताई 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 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

6721 = 00

नियोजक का शेयर / Employer's Share

18245 = 00

कुल अंशदाता / Total Contribution

24966 = 00

चालानों के बारे में Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	माह Month	चालान की तारीख Date of Challan	गांठी / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	OCTOBER	21-11-09	4830	SBI MG Road Sec
2.	NOVEMBER	18-12-09	4087	u
3.	DECEMBER	22-1-10	4284	u
4.	JANUARY	20-2-10	4240	u
5.	FEBRUARY	24-3-10	3827	u
6.	MARCH	19-4-10	3669	u
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 24966/- स्पष्ट

मेरे योग्या कानून हैं कि

I declare that

- (क) सभी रिकॉर्ड नवा ग्रंथालय क.स.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियोगों में विस्तृत उपर्योगों के अनुसार बनाए गए हैं।
(ख) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
(ग) विवरणों द्वारा अंदरूनी के रूपान्..... योग्या प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(घ) During the period of Return 0.0 No. of Declaration Forms have been submitted.
(ज) जहाँ अंदरूनी के रूपान्..... अस्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(क) During the above Period N/A No. of TICs have been received.
(ख) जहाँ अंदरूनी के रूपान्..... खाइ पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(द) During the above Period N/A No. of PICs have been received.
(इ) अंदरूनी अंदरूनी के रूपान् पाच वीमानकूल व्यक्तियों को..... खाइ पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(ख) During the above Period N/A No. of PICs have been distributed amongst the eligible IPs.
(ज) अंदरूनी अंदरूनी के रूपान्..... दूरदर्शनों संबंधित शायद कार्यवाय को सूचित की गई है।
(क) During the above period N/A accidents have been reported to the concerned Branch Office.
(ख) अंदरूनी के रूपान् द्वारा नियुक्त कर्मचारियों को आपत किया गया है और इन कर्मचारियों को..... समय के कुल मजदूरी अंदरूनी की गई है।
(द) During the period No. 14 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 384109/- have been paid to such employees.
(ज) अंदरूनी के रूपान् द्वारा सीधे नियुक्त किए गए..... कर्मचारियों को आपत किया गया तथा इन कर्मचारियों को..... समय के कुल मजदूरी अंदरूनी की गई है।
(ख) During the period N/A No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
(ज) अंदरूनी के रूपान आपत नियोजक के माध्यम से..... कर्मचारी नियुक्त तथा आपत किए गए और इन कर्मचारियों को..... समय के कुल मजदूरी अंदरूनी की गई है।
(क) During the period N/A No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
(ख) अंदरूनी के रूपान आपत नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए..... कर्मचारियों को आपत नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को..... समय के कुल मजदूरी अंदरूनी की गई है।
(क) During the period N/A No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
(ख) अंदरूनी द्वारा अंदरूनी के नियमित 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) अंदरूनी के अंदरूनी के नियमित 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

अंदरूनी के अंदरूनी के नियमित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया 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: 23-4-10

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

For ALPINE ESTATES
Authorised Signatory

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

(40 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 प्रमाणित की जिस विवरणों को चिकित्सा एवं रजिस्टर सं सत्यापित कर लिया है तथा इसे दीक्षा 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 संघ सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर

• प्रमुखपूर्ण अनुदेशः “अभ्युक्त कर्मनम् (संख्या 9)” में दी जाने वाली सूचना / Important Instructions : Information to be given in “Remarks Column (No. 9)”

- यदि कोई बोमाकूल व्यक्ति पहला या नियुक्त दिया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो “नियुक्ति की तारीख” और वा “छोड़ ने 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 बोमा संख्या आणि उक्स में लिखें / Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- अंशदान अवधि के बीच बोमा संख्या अवधि के संबंध में आकड़े कॉलम 4,5 व 6 में दिए जाए।
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
- विवरण के कर्मनम् 4,5, व 6 का जोड़ अनियावर सूच से दिया जाए।
Invariably Strike totals of Column 4,5 & 6 of the Return.
- कोई अधिलेखन न करें। कोई गंभीराधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- इस विवरण के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और स्वड़ की मोहर भवी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- विवरण के कर्मनम् 7 में अंशक मजदूरी की मणना कॉलम 5 में दिए जाए आँकड़े के कॉलम 4 में दिए गए आँकड़े के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

ALPINE ESTATES

5-4-187/3/... 30, Soham Mission
2nd Floor, M.G. Road,

नियोजक का नाम व पता : Employer's Name and Address : Soham Modi, Partner, SECUNDERABAD-500 003.

नियोजक कृत संख्या : Employer's Code No. 52-00-032021-000-1009 अवधि / Period Oct-09 से To March 10 तक / to

क्र.सं. Sl. No.	बोमा संख्या Insurance Number	बोमाकूल व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों दो गंभीरा नियोजक विनि- मायनी दो अवधियों को दिए हैं No. of days for which wages paid	आपा एवं मर्यादा की कुल योगी (संख्या) Total amount of wages paid (Rs.)	काटा गया कर्मचारी अंशदान (रुपये) Employee's Contribution deducted (Rs.)	औरत दैनिक मजदूरी (रुपये) Average Daily Wages (Rs.)	क्या अप्पी भी काम रहा है ? Whether still Continues Working	अभ्युक्ति Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
TOTAL								

Sheet + Attach

* प्रभुकृत कर्मनम् में नियुक्त वा नियंत्रण वा नियोजन छाड़ने की तारीख दर्शायी जाए।
* Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

For ALPINE ESTATES
Signature of the Employer


Authorised Signatory

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

- दाव की विधि चिह्नित कीजिए। / Entitlement position Marked.
- विवरण के कर्मनम् - 5 के जोड़ तक किए और सही पाएं गए/सही गणित दर्शायी गयी।
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
- नियोजक कर्मचारी अंशदान वा आपा की गर्वा गांधी की जांच की गयी और उनका पायी गयी।
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order / observation memo enclosed.

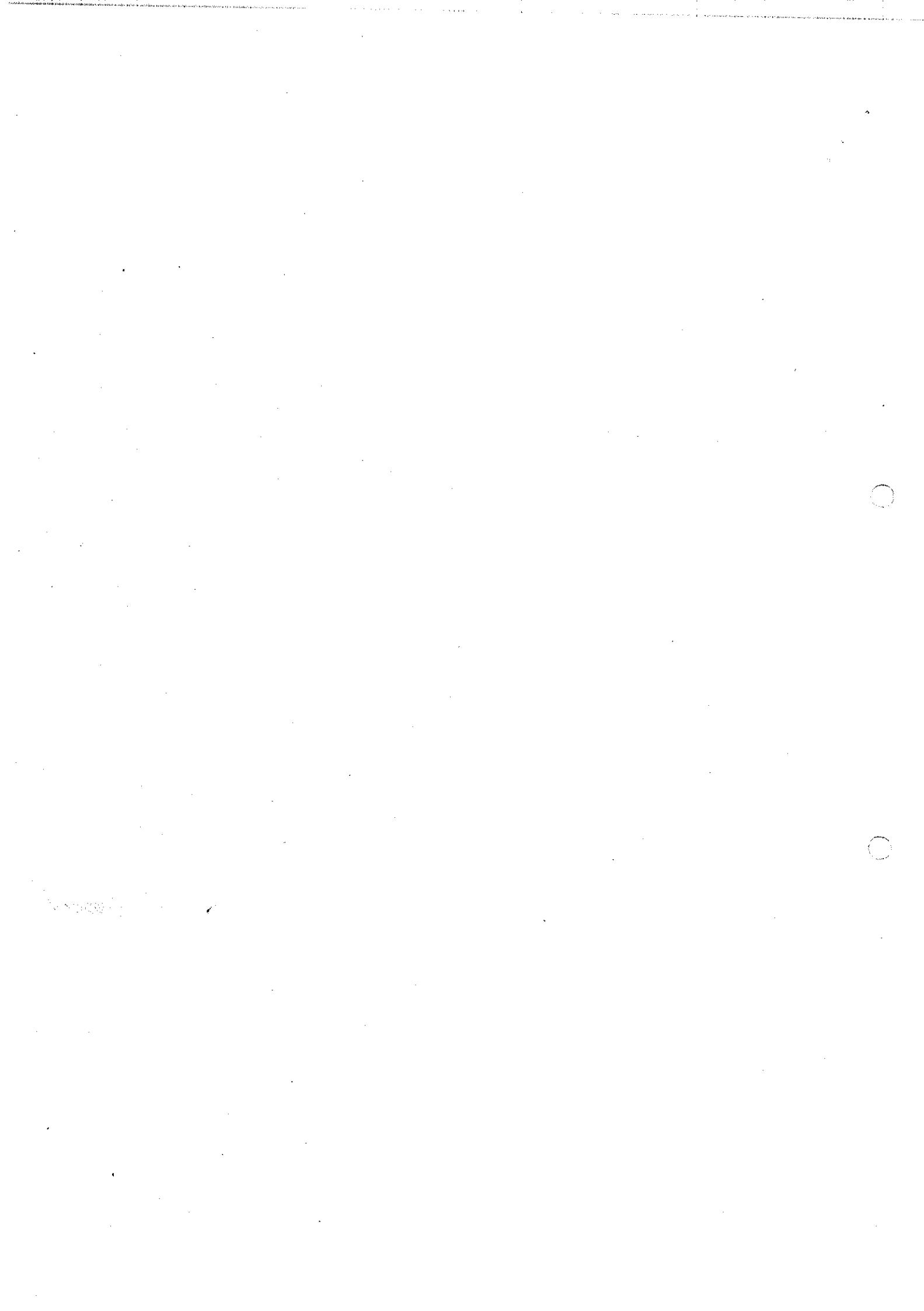
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which is in order / observation memo enclosed.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.ट्र.लि.
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



ALPINE ESTATES

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



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

Employees' State Insurance Corporation

प्रप्त FORM-5

नियोजक की कृत संख्या
Employer's Code No.

52-00-032021-000-1009

सूचना नंबर Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों के लिए जिसके दौरान कोई वेतन प्रदान किया गया। No. of days for which wages paid	संकेत मनदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंगठन की कटौती Employee's Contract Condition deducted	दैनिक वेतन Daily wages 5 ÷ 4	क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य वेतन के प्रति अनुदार प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	ट्रांसिट नंबर Transit No. प्राप्त दिन: 11.04 Remarks Name of Dispensary	
							IA		
					₹./Rs.	₹./P.	₹./Rs.	₹./P.	
1	3894816	P. Narendra	182	34018/-	600 00	188 34	Yes		
2	5965104	A. Filankumar	861/2	15732/-	275 00	181 87	Yes		
3	5966128	A. Ramu	173	51434/-	901 00	297 30	Yes		
4	5966130	S. Viswanadh	60	11259/-	197 00	187 65	No		
5	5966171	R. Saitkumar	51	6956/-	1202 00	136 39	Left		
6	5966134	D. Phanikumar	851/2	14589/-	255 00	170 63	Yes		
7	5966135	Narendar Reddy	1811/2	24461/-	430 00	134 17	Yes		
8	5966136	B. Raju	181	23248/-	406 00	128 60	Yes		
9	5966137	G. Mohan Rao	40	7433/-	130 00	185 82	Left		
10	5966138	M.D. Shafeen	1811/2	31334/-	550 00	172 65	Yes		
11	7271953	K.T. Reddy	118	27082/-	474 00	229 50	Yes		
12	7273024	R. Pradeep	61	13382/-	234 00	219 37	Left		
13	4400038	P. Rama Rao	27	5280/-	92 00	195 55	Left		
14	6010433	Veena Devi	174	13719/-	764 00	251 25	Yes		
15	6164313	G. Vineela	1731/2	42342/-	740 00	244 04	Yes		
16	6164316	R. Sameera	331/2	6452/-	113 00	192 62	Left		
17	6164317	A. Bhangari	1701/2	25094/-	440 00	147 17	Yes		
TOTAL				1979.5 384109	= 6723 20				

For ALPINE ESTATES

Authorised Signatory

52 - 00 - 032021 - 000 - 1009							
क्रमांक Serial Number	भीमा संख्या Insurance Number	बीमावृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	निम्नलिखित के लिए मजदूरी सदत को मई No. of days for which wages paid	संतत मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदान के कटौती Employee's Contri- bution deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages $5 \div 4$	क्या अभी भी कार्य कर रहा है ? तथा बीमा योग्य मजदूरी स्थान के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है ? Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling
1	2	3	4	5	6	7	7A
			₹./Rs.	₹./P.	₹./Rs.	₹./P.	₹./Rs.
TOTAL							

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

इसाधार
SIGNATURE

For ALPINE ESTATES

Authorised Signatory

विवरणी के कॉलम (५) का योग जांच किया गया और
सही पाया गया । सही साही 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 गई¹
अंशदान की राशि सही है / सभी ज्ञापन संतान है ।
Checked the amount of employers/employees contribution
paid which is in order/observation memo enclosed.

प्र.से.लि. U.D.C.

प्रति इस्ताधार
COUNTERSIGNED
शास्त्रा आधिकारी
BRANCH OFFICER

प्रधान लिपिक
HEAD CLERK

I की स्थिति चिन्हित है ।
Element position marked

लि. U.D.C.

इसाधार
Signed

आधिकारी
OFFICER

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

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office : CHICAGO PALLY



EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

प्रतिशेषदाता विवरण / RETURN OF CONTRIBUTIONS
दोषिकर कर्मचारी ग्रज्व बीमा नियम
Receive Date / Date of Submission
नियम (26) / Regulation 26

फॉर्म/REG. FORM - 5

नियोजक कूट संख्या 52-0-032021-000-1009

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

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

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

क) नाम Name : SRI SOHAM MUDI
ग्राहक प्रतिशेषदाता / PARTNER
ब) पदनाम : Designation :
ग) आवासीय पता : Residential Address : PLOT 280, ROAD NO. 25, JUBILEE HILLS - HYD

अंशदाता अवधि / Contribution Period : APRIL 2009 से / from ... SEPTEMBER 2009 तक / To

मैं निम्नलिखित रूपानुसार पहलोओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के अंशदाता के ब्योरे नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतददाता यह घोषणा करता हूँ कि विवरण में उन सभी कर्मचारीयों को शामिल किया गया है जिन्हे कारबाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारबाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल व्हरीदान या तैयार माल घेवने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और इन पर विवरणी ग्रंथांशदाता अवधि लागू होती है तथा अंशदाता की अदायकी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपर्योगों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदाता की अदायकी नीचे दिए गए चालानों द्वारा सही तरह से कर ली 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 820.3 = 0.0
नियोजक का शेयर / Employer's Share 2226.3 = 0.0
कुल अंशदाता / Total Contribution 3046.6 = 0.0

चालानों के बारे में Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	माह Month	चालान की तारीख Date of Challan	राशि / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	APRIL - 09	12-10-09	56.94	SBI M.G. ROAD - SEC
2.	MAY - 09	12-10-09	51.52	- 4 -
3.	JUNE - 09	12-10-09	53.11	- 4 -
4.	JULY - 09	12-10-09	47.79	- 4 -
5.	AUG - 09	12-10-09	46.09	- 4 -
6.	SEP - 09	16-10-09	49.21	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 3046.6 = 0.0 रुपए

52-0-032021-000-1009

मैं घोषणा करता हूँ कि

I declare that

- (क) यथा रिकार्ड तथा रजिस्टर क.स.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपर्योग 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) विधेयों की प्राप्ति के दौरान.....घोषणा प्रस्त्र जमा किए गए हैं।
(b) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
(ग) इन प्रतीकों के दौरान.....आईटीसी पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period No. of TICs have been received.
(घ) इन प्रतीकों के दौरान.....स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period No. of P I Cs have been received.
(ज) अप्रृद्ध व्यापार के दौरान पावर वीमाइंड व्यक्तियों को.....स्थाई पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
(e) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
(झ) अप्रृद्ध व्यापार के दौरान.....दुर्घटनावै संबंधित शाका कार्यलय को सूचित की गई है।
(झ) During the above period NIC accidents have been reported to the concerned Branch Office.
(क) अप्रृद्ध व्यापार द्वारा नियुक्त.....कर्मचारियों को आप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को.....रुपये कि कुल मजदूरी अवश्यक गई है।
(ग) During the period No. 19 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 4602763/- have been paid to such employees.
(ज) अप्रृद्ध व्यापार द्वारा सीधे नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को आप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये कि कुल मजदूरी अवश्यक गई है।
(झ) 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) अप्रृद्ध व्यापार द्वारा नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा आप्त किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये कि कुल मजदूरी अवश्यक गई।
(झ) During the period NIC No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. NIC have been paid to such employees.
(ग)अप्रृद्ध व्यापार द्वारा नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को आप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये कि कुल मजदूरी अवश्यक गई।
(झ) 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.
(क) अंदरागत व्यापारों द्वारा 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
(क) नियोजक की अदायार्थी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।
(झ) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution:-
1.
2.
3.
4. NIC

स्थान/Place:
दिनांक/Date:

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

For ALPINE ESTATES

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

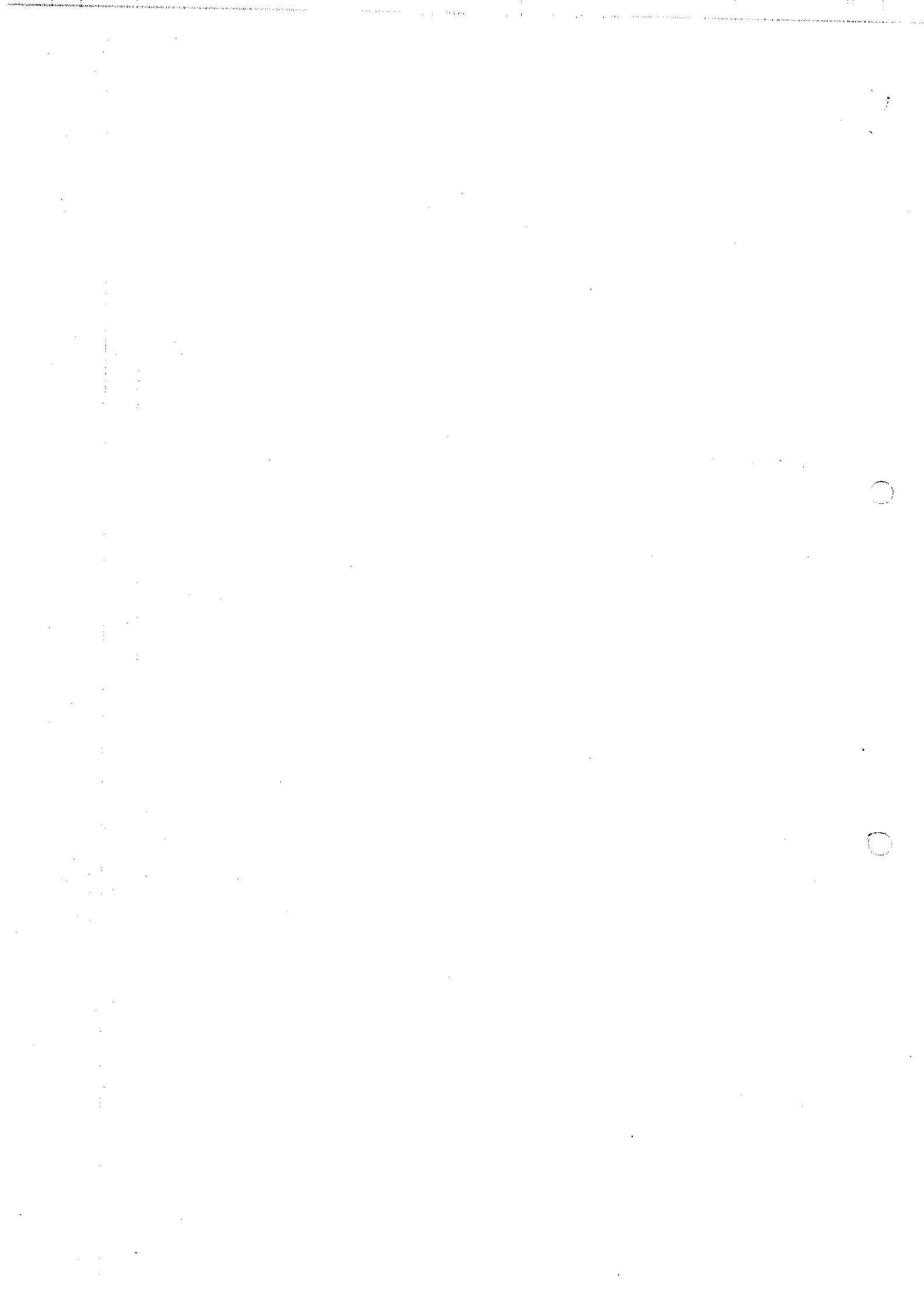
(40 अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा)
(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मेरार्थ हूँ। की उक्त विवरणी को रिकार्ड एवं रजिस्टर सं सत्यापित कर लिया हैं तथा इसे दीक पाया

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 संलग्न सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर



ALPINE ESTATES

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



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-015

नियोजक की कृत संख्या
Employer's Code No.

52-0-032021-000-1009

APRIL - 09 / 10 SEP - 09

क्रमांक Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	किसी दिन के लिए प्रत्येक दिन का तार्हि No. of days for which wages paid	संदर्भ मध्यमी की कुल शिखि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंगदान की कटौति Employee's Contri- bution deducted	दैनिक मध्यम Daily wages 5+4	व्यक्ति ने कार्य कर रखा है तथा बीमा योग्य प्रत्याहार मेंतर करता रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	प्रपत्र का नाम Name of Dispensary
1	2	3	4	5	6	7	8	9
			₹/Rs.	₹/P.	₹/Rs.	₹/P.	₹/Rs.	₹/P.
1	5966128	A.Ramse	183	541020/-	948	20 295 73	72	
2	5966130	S.Vishwanath	176	330333/-	577	20 187 68	72	
3	5966131	R.Sait Kumar	178	24312/-	426	20 136 58	72	
4	5966132	T.Abbi Shek	91	11709/-	204	20 128 67	No	
5	5966134	D.Phamit Kumar	176	303233/-	532	20 171 80	72	
6	5966135	N.Narendar R	179	23997/-	421	20 134 06	72	
7	5966136	B.Rajee	183	23418/-	408	20 127 96	72	
8	5966137	G.Mukund Rao	176	32965/-	577	20 187 30	72	
9	5966138	M.D.Shateen	181	31165/-	547	20 171 70	72	
10	3894816	P.Narendar	182	34182/-	598	20 187 29	72	
11	-	P.S.Suresh	87	12156/-	213	20 139 72	No	
12	6164313	G.Yineela	163	35743/-	626	20 218 61	72	
13	6164316	R.Sameera A	88	17068/-	299	20 193 95	72	
14	6164317	A.Changati	30	4466/-	78	20 148 66	72	
15	6164318	Hani Hussain	27	64402/-	113	20 234 25	No	
16	6010433	Y.Veena Devi	178	442473/-	777	20 249 84	72	
17	4460038	P.S.Wetha	92	17853/-	312	20 194 05	72	
18	-	A.Swapna	60	10597/-	185	20 175 15	No	
19	-	KV.Bhuniswari	89	147477/-	257	20 164 77	No	
TOTAL			2522.5	460763/-	8098/-			

FOR ALPINE ESTATES

संस्थापक / Signatory

Authorised Signatory

52-0-032021-000-1009

22-0-032021-000-1004

क्रम संख्या Serial Number	बीमावृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	किसी दिन के लिये मजदूरी संदर्भ को मई No. of days for which wages paid	संदर्भ कर्मचारी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदान की कर्मचारी Employee's Contribu- tion deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages $5 \div 4$	क्या अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी सीमा के पार भर्तुली प्राप्त कर रहा है ? Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	अंगताना का नाम Remarks>Name of Dis-in-sary	
1	2	3	4	5	6	7	7A	8
		₹./Rs.	₹./P.	₹./Rs.	₹./P.	₹./Rs.	₹./P.	
TOTAL								

FOR ALPINE ESTATES

हस्ताक्षर
SIGNATURE

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

विवरणी के कलम (५) का योग जाँच किया गया और
सही पाया गया । सही राशि स्थाही से लिखी गई है ।
Total of Col.(5) of the Return Checked and found
correct* correct amount indicated in Pen

प्र.प्र.लि. U.D.C.

नियोजको / कर्मचारियों के द्वारा दी गई^{*}
अंशदान की राशि सही है / समीक्षा जापन संतुष्ट है ।
Checked the amount of employers/employees contribution
paid which is in order/observation memo enclosed.

प्रति हस्ताक्षर
COUNTERSIGNED
शाखा आधिकारी
BRANCH OFFICER

ग्रनान लिपिक
HEAD CLERK

प्रति की रियलि चिन्हित है ।
Entitlement position marked

प्र.प्र.लि. U.D.C.

हस्ताक्षर
Countersigned

शाखा आधिकारी
BRANCH OFFICER

52-0-032021-000-1009

AGN / ESIC / HYD / 4-2008 : IL

प्रस्तुत करने के लिए नियत तारीख : Due date for submission
12 मई/11 नवम्बर / 12th May / 11th Novemberशाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION ALPINE ESTATES

स्थानीय कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Local Office : Alpine Estates, Hyderabad, Telanganaसिलेंडरटॉवर, अल्पाई स्टेट इंसर्यूरेंस कॉर्पोरेशन
Cylinder Tower, Alpine State Insurance Corporation

अंशदान वापसी / RETURN OF CONTRIBUTIONS

प्रा. कर्मचारी राज्य बीमा निगम

(विनियम 26) / (Regulation 26)

Received, S.
Intercast - 2009

फॉर्म/REG. FORM - 5

52-0-032021-000-1009

नियोजक कूट नियम
Employer Code No.5-4-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.कारखाने अथवा स्थापना का नाम और पता :
Name & Address of the factory or establishment :

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

क) नाम / Name : SRI SOHAM M R DI
घ) पदनाम / Designation : PARTNERग) आवासीय पता / Residential Address : PLAT NO. 280, RM NO 25, TUBILEEHILLS - HYDअंशदान अवधि / Contribution Period : OCTOBER 2008 से 10 दिसंबर 2009 तक / To MARCH 2009

मैं निम्नलिखित व्यापारक व्यक्तियों / महिलोंओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के बारे में विवरण देता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणों में उन सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हे 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 विशेषज्ञ ने गंभीर अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपर्योग के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के गंभीर 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 : 9924 = 00नियोजक का शेयर / Employer's Share : 9503.8 = 00कुल अंशदान / Total Contribution : 3496.8 = 00

चालानों के छोरे : 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	23-10-09	6459	SBI MG ROAD SEC
2.	NOV - 08	23-10-09	5226	- 4 -
3.	DEC - 08	23-10-09	5307	- 4 -
4.	JAN - 09	23-10-09	5905	- 4 -
5.	FEB - 09	23-10-09	5788	- 4 -
6.	MAR - 09	12-10-09	5580	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की गई कुल राशि / Total amount paid : Rs. 3496.8 = 00 हप्ते

52-0-032021-000-1009

मैं घोषणा करता हूँ कि

I declare that

- (क) सभी रिकार्ड तथा जेनरल के स.सी.आई. अधिनियम, नियमों तथा विनियामों में विशेषित उपवेदों 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.
(ग) विवरणों की अवधि के दौरान..... घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(b) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
(ग) अवधि के दौरान..... असाइं पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period No. of TICs have been received.
(ग) अवधि के दौरान..... स्वाइं पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period No. of PI Cs have been received.
(इ) अधिक अवधि के दौरान पांच वर्षाङ्क 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.
(ग) अधिक अवधि के दौरान..... दुर्घटनाओं संबंधित शास्त्र कारबलय को सूचित की गई है।
(l) During the above period N.D. accidents have been reported to the concerned Branch Office.
(म) अवधि के दौरान द्वारा नियुक्त..... कर्मचारियों को आप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को..... राये कि कुल मजदूरी अवधि की गई है।
(g) During the period No. 24 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 527118/- have been paid to such employees.
(ज) अवधि के दौरान ३५% आग संघर्ष नियुक्त किए गए..... कर्मचारियों को आप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को..... रुपय की कुल मजदूरी अवधि की गई है।
(h) During the period N.L. No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. 0/- have been paid to such employees.
(ज)अवधि के दौरान आपत्र नियोजक के माध्यम से..... कर्मचारी नियुक्त तथा आप्त किए गए और इन कर्मचारियों को..... रुपय की कुल मजदूरी अवधि की गई।
(i) During the period N.L. No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. N.L. have been paid to such employees.
(ग)अवधि के दौरान आपत्र नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए..... कर्मचारियों को आप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को..... रुपय की कुल मजदूरी अवधि की गई।
(j) During the period N.L. No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. N.L. have been paid to such employees.
(ग) अधिकारी की अवधि द्वारा 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
(l) अधिकारी की अवधि द्वारा 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. N.L.
2.
3.
4.
5.

जश्वित मूल्यांक एवं आधारित है और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.स.वी. अधिनियम के उपवेदों के अधीन मेरे ऊपर आधिकारी लाभ सहित देव अंदरान और हजारों 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 prosecution under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

स्थान/Place:
दिनांक/Date:

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

For ALPINE ESTATES

Ramchandra
Authorised Signatory

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

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

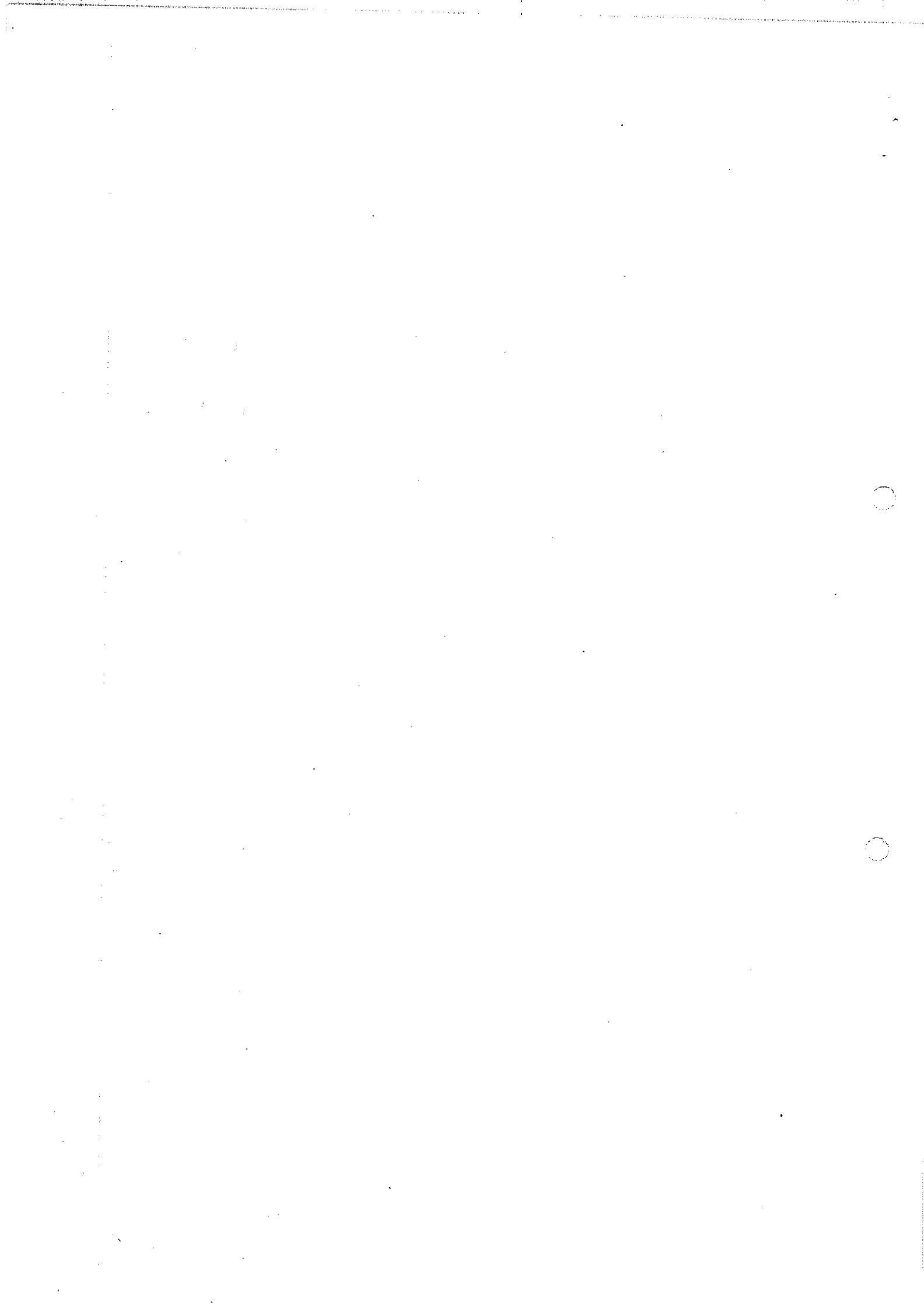
(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाना है कि मेरे पांच सूचनाएं..... की उक्त विवरणों को रिकार्ड एवं रजिस्टर संस्थापित कर लिया हैं तथा इसे ईक 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 संघा सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर



ALPINE ESTATES

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



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-5

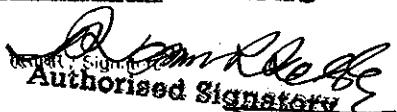
52-0-032021-000-1009

नियोजक की कृत संख्या
Employer's Code No.

Oct-08 - 10 MARCH-09

सूची संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	किसी दिन के लिये मजदूरी संतुल को मई No. of days for which wages paid	संतुल मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अवसर जैसे कटौती Employee's Compt. button deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages 5+4	क्या आगे भी कार्य कर रहा है तथा बीमा वोगय मजदूरी के पैसेतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	ट्रैटीज़ 11 फैसला Remarks/Name of Dispensary	8
1	2	3	4	5	6	7	7A		8
				₹/Rs. ₹/P	₹/Rs. ₹/P	₹/Rs. ₹/P			
1	5966122	G. Samtekh Khan	78	614.3/-	107.00	219.39	No		
2	5966125	P. V. Madher Rao	89	1036.2/-	180.00	116.72	No		
3	5966126	B. V. Gund	86	1145.2/-	199.00	133.16	No		
4	5966128	A. Ramu	176	4014.7/-	700.00	228.10	Yes		
5	5966129	K. Mahesh	52	1096.8/-	191.00	210.92	No		
6	5966130	S. Viswanath	169	3037.1/-	530.00	179.72	Yes		
7	5966131	R. Sait Kumar	173	2264.8/-	395.00	130.52	Yes		
8	5966132	T. Althishet K	182	2230.1/-	390.00	102.53	Yes		
9	5966133	N. Mallayya	148	3157.1/-	553.00	213.31	No		
10	5966134	D. Phanitumar	175	1275.09/-	480.00	156.74	Yes		
11	3894816	P. Narayanan	176	3158.6/-	552.00	179.46	Yes		
12	5966135	N. Narayana R	176	2158.2/-	378.00	122.82	Yes		
13	5966136	B. Rajee	181	2216.9/-	388.00	122.48	Yes		
14	5966137	S. Mohan Rao	86	1570.3/-	275.00	181.53	Yes		
15		P. Shunay	175	2230.1/-	389.00	127.08	Yes		
16	5966138	M. Sha Keen	90	1496.1/-	261.00	166.03	Yes		
17		S. Sebastian	87	1413.0/-	247.00	162.41	No		
18		B. Kishn Kumar	31	766.7/-	99.00	82.80	No		
19		M. Venkateswaran	180	2941.1/-	516.00	163.39	No		
20	6164613	G. Venela	176	3686.3/-	644.00	208.85	Yes		
21	6164318	Hari Susainog	181	4193.6/-	734.00	231.69	Yes		
		TOTAL		2819.5	4697.88/-	8208.00			

For ALPINE ESTATES


Authorised Signatory

P10

C/F

52-0-032021-000-1009

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

52-0-032021-000-1009

क्रम संख्या Serial Number	बीमांवत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों के लिए मध्यम सदूच की गई ¹ No. of days for which wages paid	सदूच मध्यमी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contribu- tion deducted	दैनिक मध्यमी Daily wages $5 \div 4$	क्षमा अमी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मध्यमी मेंपा के भौत मध्यमी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	उल्लंघन का नाम Remarks: Name of Disciplinary
1	2	3	4	5	6	7	7A
			₹/Rs. ₹/P	₹/Rs. ₹/P	₹/Rs. ₹/P		8
26	K.V.Bhuneswari	141	141 188	384 00	156 80	yes	
27	V. Veena Devi	90	21762	381 00	241 80	yes	
28	D. Swapna	90	13388	234 00	148 66	yes	
			3141 521188	9210 00			
TOTAL							

FOR ALPINE ESTATES

हस्ताक्षर
SIGNATURE

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

विवरणों के कॉलम (५) का योग जांच किया गया और
सही पाया गया। सही राशि स्थाही 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 गई¹
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.से.लि. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर
COUNTERSIGNED
शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER

प्रदान लिपिक
HEAD CLERK

ग्राता को स्थिति चिह्नित है।
Entitlement position marked

I.S.I. U.D.C.

परि हस्ताक्षर
Countersigned

शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER

52-0-032021-000-1009

52-0-032021-000-1009

AGN / ESIC / HYD / 4-2002 . IL

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

फार्म/REG. FORM - 5

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION ALPINE ESTATES

अंशदान विरागण / RETURN OF CONTRIBUTIONS

स्थानीय कार्यालय : अल्पाइन एसीआईसी कॉर्पोरेशन
Local Office : E.S.I.C. Corporation
नियोजक कूट संख्या : 52-0-032021-000-1009
Employer Code No.

नियोजक कूट संख्या 52-0-032021-000-1009

कार्यालय अथवा स्थापना का नाम और पता :
Name & Address of the factory or establishment :5-4-187/3 & 4, Saham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.

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

क) नाम Name : SRI. SAHAM M.G.D.
 व) पदनाम : Designation : PARTNER
 ग) आवासीय पता : Residential Address : PLOT NO.280, ROAD NO.25, JUBILEE HILLS - H.Y.D
 अंशदान अवधि : Contribution Period : APRIL - 2008 से 10 तक से SEPTEMBER 2008 तक / To

मैं निम्नलिखित वापाकृत व्यक्तियों / महिलोंओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंधदान के, व्योरे नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणों में उन गांधी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हे कार्यालय / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारबाना / स्थापना के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के संबंध में या कक्षा माल खरीदने या नेवार माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या / परोक्ष नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है और जिन पर विवरणों में संविधान अंधदान अवधि लागू होती है तथा अंधदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपर्योग के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंधदानों की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा सही तरह से कर दी गयी है :-

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

कर्मचारी का शेयर / Employee's Share : 8472 = 00

नियोजक का शेयर / Employer's Share : 22993 = 00

कुल अंधदान / Total Contribution : 31465 = 00

चालानों के छाने Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	माह Month	चालान की तारीख Date of Challan	रोपी : Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	APRIL - 08	23-10-09	4743	S.B.I. MG Road Sec
2.	MAY - 08	23-10-09	4400	- 4 -
3.	JUNE - 08	23-10-09	4331	- 4 -
4.	JULY - 08	23-10-09	5916	- 4 -
5.	AVG - 08	23-10-09	5265	- 4 -
6.	SEPT - 08	23-10-09	6812	- 4 -
7.				
8.				
9.				
10.				

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

52-0-032021-000-1009

52-0-032021-000-1009

मेरे घोषणा करना है कि

I declare that

- (क) यांचे रिकार्ड तथा गोपनीय क.स.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपवंशों 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 आवश्यकता के दौरान.....घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
(ब) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
(ग) इस अवधि के दौरान.....असाई पद्धति पत्र प्राप्त हुए हैं।
(c) During the above Period No. of TICs have been received.
(घ) इस अवधि के दौरान.....स्थाई पद्धति पत्र प्राप्त हुए हैं।
(d) During the above Period No. of PI Cs have been received.
(इ) शर्तुक अधिकारी के दौरान पत्र वीमानकृत अक्षियों को.....स्थायी पद्धति पत्र वितरित किए गए हैं।
(e) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
(ज) अपर्युक्त अधिकारी के दौरान.....दुर्घटनायें संबंधित शास्त्र कार्यालय को प्रूफित की गई हैं।
(f) During the above period 18 accidents have been reported to the concerned Branch Office.
(ग) अधिकारी के दौरान द्वारा डाग नियुक्त.....कर्मचारियों को आत्म किया गया है और इन कर्मचारियों को.....लाये कि कुल मजदूरी 484083/-
During the period No. 26 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
(ज) अधिकारी के दौरान द्वारा सीधे नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को आत्म नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....लाये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।
(h) During the period 16 No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. have been paid to such employees.
(ज)अधिकारी के दौरान आपत्र नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा आत्म किए गए और इन कर्मचारियों को.....लाये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।
(i) During the period 16 No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. 16 have been paid to such employees.
(ज)अधिकारी के दौरान आपत्र नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गए.....कर्मचारियों को आत्म नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....लाये कि कुल मजदूरी अदा की गई है।
(j) During the period 16 No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. 16 have been paid to such employees.
(क) अधिकारी के दौरान द्वारा डाग 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. BASIC
2. DA
3. HRA
4. CCA
5. TA

(k) अधिकारी के दौरान द्वारा डाग 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. 1/2
- 4.
- 5.

जारी किया गया है और आधारित है और यह कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.स.वी. अधिनियम के उपवंशों के अधीन मेरे ऊपर आभयाजन तथा क.स.वी. अधिनियम

के उपवंशों के अनुसार आवश्यक देय अंशदान और हजारी की वसुली हुई कार्रवाई की जा सकती है।

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

For ALPINE ESTATES


Authorised Signatory

स्थान/Place:

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

दिनांक/Date:

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

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र / CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT

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

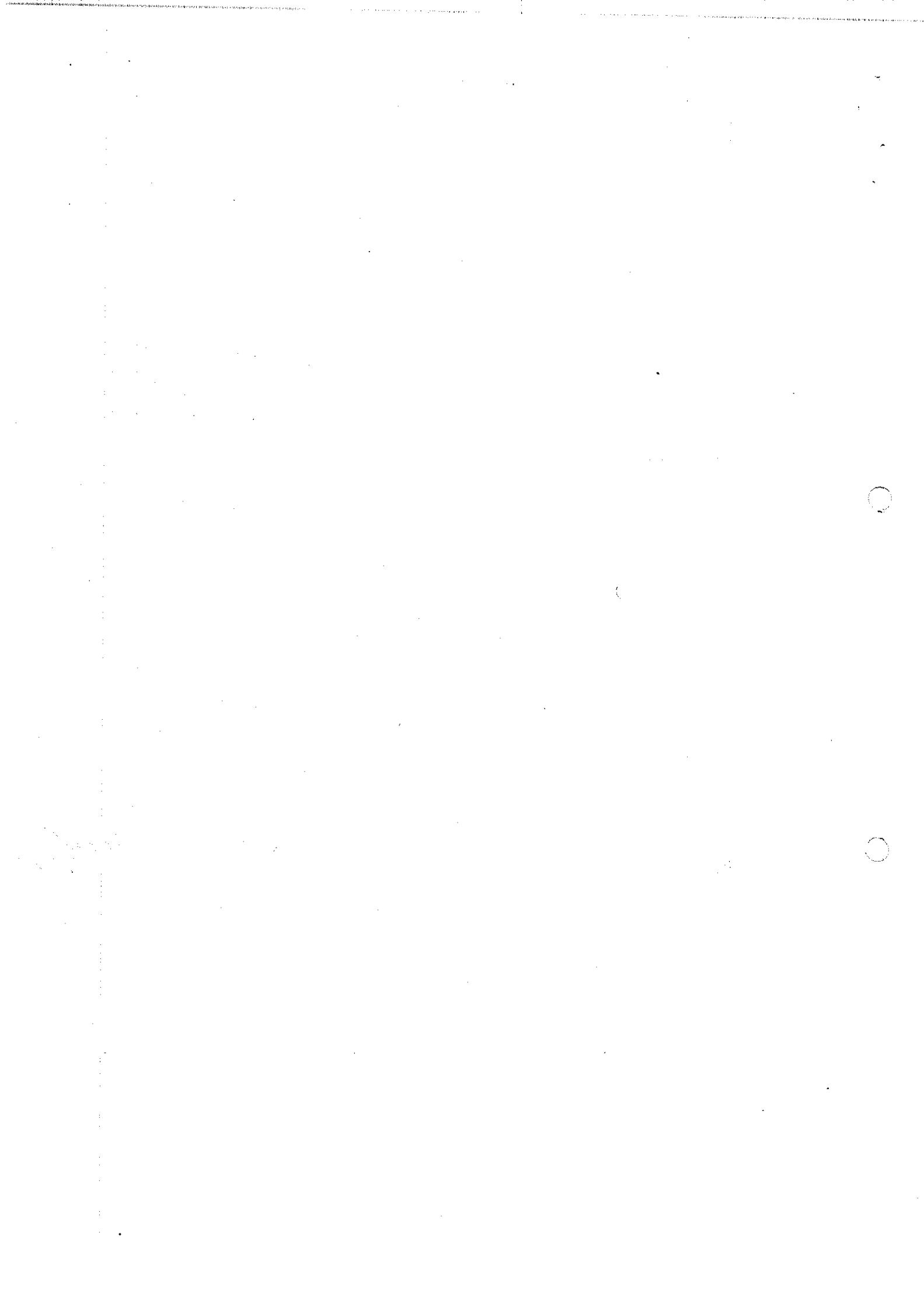
(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

प्रमाणित किया जाना है कि मेरे रिकार्ड में दर्शाया गया है कि उक्त विवरणी को चार्टर्ड एवं रेजिस्टर से सत्यापित कर लिया है तथा इसे दीक्षा 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 संघ सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर



ALPINE ESTATES

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



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-05

नियोजक की कृत संख्या 52-0-032021-000-1009
Employer's Code No.

APRIL - 08 - To SEP - 08

क्रमांक Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	बिलने दिन के लिये मजदूरी सहत की गई ¹ No. of days for which wages paid	सहत मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदाता जीव बट्टेति Employee's Compt. Contribution deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages 5÷4	क्या उमों पर कार्ब रक्त रुक है तथा बीमा योग सम्पत्ति के भीतर मजदूरी प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	रिहाई का नाम Remarks Name of Dispensary	
1	2	3	4	5	6	7	7A	8	
			₹./Rs.	₹./P.	₹./Rs.	₹./P.	₹./Rs.	₹./P.	
1	5966120	m-t. Babu	98	25490/-	446.00	260.12	50		
2	5966122	G.S. Kumar	174	38187/-	678.00	222.91	73		
3	5966123	V. Phanendan	60	11589/-	203.00	193.30	60		
4	5966125	P.V.m. Rao	180	21061/-	366.00	117.00	73		
5	5966126	B.T. Seeed	171	22871/-	399.00	133.77	73		
6	5966128	A.Ramee	92	20817/-	363.00	226.27	73		
7	5966129	K.Mahesh	92	19327/-	339.00	210.09	73		
8	5966130	S.Yaswanth	90L	16087/-	281.00	177.75	73		
9	5966131	R.saitkumar	58	7542/-	132.00	130.03	73		
10	5966132	T.Alkintha K	92	11157/-	195.00	121.20	73		
11	5966133	N.Mallayya	30	6443/-	113.00	214.71	73		
12	5966134	N.Chaitkumar	30	4760/-	83.00	158.66	73		
13	5966135	N.Narendar R	27	334/-	5.90	123.88	73		
14	5966136	B.Royer	29	359/-	6.30	123.89	73		
15	—	B.SaiKarthik	114	11812/-	207.00	268.45	73		
16	—	C.Nagunegowda	121	25186/-	440.00	208.09	70		
17	3894816	P.Narendar	179L	32037/-	559.00	178.44	73		
18	—	P.Shuval	182	22999/-	400.00	126.36	73		
19	—	L.Selvathman	175L	28703/-	501.00	163.54	73		
20	—	m.srinivas	59	8628/-	151.00	146.23	70		
21	—	B.Kishne K	116	21572/-	377.00	185.96	73		
22	—	m Venkateswara	29	4797/-	84.00	165.20	73		
		TOTAL							ALPINE ESTATES

52-0-032021-000-1009

P.10

Chandan Gopal
Employee's State Insurance Corporation
Authorised Signatory

ALPINE ESTATES 52-0-032021-000-1009

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

क्रम संख्या Serial Number	बीमावृत्त व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	निम्नलिखित के लिये मजदूरी संदर्भ की गई ¹ No. of days for which wages paid	संदर्भ मजदूरी की कुल राशि Total amount of Wages paid	कर्मचारी के अंशदान की राशि Employee's Contribu- tion deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages 5 ÷ 4	क्षम अपने भी कार्य कर रहा है तथा बोगा योग्य मजदूरी सीमा के पारसे मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	अंगनवासी का नाम Remarks: Name of Dweller	
1	2	3	4	5	6	7	7A	8
23	6164313 G. Meeta	177	36829/-	643	208.07	✓		
24	6164314 R. Jayalakshmi	72	10363/-	215	171.43	No		
25	6164318 Rani susaiyog	172	39714/-	695	230.72	✓		
26	K.V. Bhuvanwali	170	2660/-	415	156.01	✓		
			2121.5	4840.23/-	8157.00			
TOTAL								

हस्ताक्षर
SIGNATURE

For ALPINE ESTATES

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

विवरणी के कॉलम (5) का योग जांच किया गया और
सही पाया गया। सही राशि स्थाही 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.से.ति. U.D.C.


Authorised Signatory

प्रति हस्ताक्षर
COUNTERSIGNED
शाखा आधिकारी
BRANCH OFFICER

प्राधान लिपिक
HEAD CLERK

प्राप्ति की स्थिति चिन्हित है।
Entitlement position marked

प्र.से.ति. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर
Countersigned

शाखा आधिकारी
BRANCH OFFICER

52-0-032021-000-1009

AGN / ESIC / HYD / 4-2008 - IL

प्रमुख करने के निम्न नियम : Due date for submission

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

शाखा कार्यालय का नाम
Name of the Branch Office

CHIKKAPALLY



स्थानावधि कार्यालय : कर्मचारी राज्य बीमा नियम
Local Office : E.S.I.C. Corporation
Date : 21/10/2008
RECEIVED
Employer's Code No. 52-0-032021-000-1009
नियमक कूट संख्या :
Employer's Code No.

फार्म/REG. FORM - 5

032021

52-0-032021-000-1009

52-0-032021-000-1009

ALPINE ESTATES

54-187/3 & 4, Soham Mansion
2nd Floor, M.G. Road,
SECUNDERABAD-500 003.कारबाने 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 S.D.HAM.M.R.DI

ख) पदनाम . Designation : PARTNER

ग) आवासीय पता ° Residential Address : PLOT NO.: 280, ROAD NO: 25, JUBILEE HILLS - H10

अंशदान अवधि : Contribution Period : OCTOBER 2007 से MARCH - 2008 तक / To

मैं निम्नलिखित व्यापारित व्यक्तियों / महिलोंओं के संबंध में नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के अंशदान के, व्योर नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरण में उन सभी कर्मचारियों को शामिल किया गया है जिन्हे कारबाने / स्थापना में या उसके कार्य के संबंध में या कारबाना / 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 विवरण में संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा नियम के उपर्योग के अनुसार नियोजक व कर्मचारी के हिस्से के संबंध में अंशदानों की अदायगी नीचे दिए गए चालानों द्वारा सही तरह से कर दी गयी है :-

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

कर्मचारी का शेयर / Employee's Share : 5158 = 00

नियोजक का शेयर / Employer's Share : 13999 = 00

कुल अंशदान / Total Contribution : 19157 = 00

चालानों के और . Details of Challans :-

क्र.सं. Sl.No.	माह . Month	चालान की तारीख Date of Challan	राशि / Amount	बैंक और उसकी शाखा का नाम Name of the Bank and Branch
1.	JAN - 2008	28-10-09	6513	SBI MG ROAD - SEC
2.	FEB - 2008	28-10-09	6440	- - -
3.	MAR - 2008	28-10-09	6205	→
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

अदा की राशि कुल राशि / Total amount paid : Rs. 19158 = 00 रुपए

52-0-032021-000-1009

मैं घोषणा करता हूँ कि

I declare that

- (क) ग्राम पंचाइ तथा ग्राम पंचाइ क.स.वी. अधिनियम, नियमों तथा विनियोगों में उल्लिखित उपर्युक्तों 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 सही अर्थात् के द्वारा.....घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं।
- (ब) During the period of Return No. of Declaration Forms have been submitted.
- (ग) उक्त अर्थात् के द्वारा.....अधिकारी पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
- (क) During the above Period No. of TICs have been received.
- (घ) उक्त अर्थात् के द्वारा.....स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं।
- (द) During the above Period No. of PI Cs have been received.
- (ज) अनुसार भवान के द्वारा पापर वासियों को.....स्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं।
- (के) During the above Period No. of P I Cs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (ख) अनुसार अर्थात् के द्वारा.....दुर्घटनावाले संविधित शाश्वत कार्यलय को सूचित की गई है।
- (इ) During the above period No. accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (ज) अर्थात् के द्वारा द्वारा नियुक्त.....कर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को.....स्पष्ट कि कुल मजदूरी अथवा शाहदारी वाले
- (ग) During the period 19 of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. 294,23/- have been paid to such employees.
- (ज) अर्थात् के द्वारा द्वारा सीधे नियुक्त किया गया.....कर्मचारियों को आनंद नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....स्पष्ट कि कुल मजदूरी अथवा शाहदारी वाले गई है।
- (ह) 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.
- (ज) अर्थात् के द्वारा द्वारा आपत्र नियोजक के माध्यम से.....कर्मचारी नियुक्त तथा आप्त किया गया और इन कर्मचारियों को.....स्पष्ट कि कुल मजदूरी अथवा शाहदारी वाले गई है।
- (इ) 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.
- (ज) अर्थात् के द्वारा द्वारा आपत्र नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया.....कर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....स्पष्ट कि कुल मजदूरी अथवा शाहदारी वाले गई है।
- (इ) 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.
- (ज) अंशदाता की अवधारणा द्वारा मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं 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

(ख) अंशदाता की अवधारणा द्वारा मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है।

(इ) 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 सूचनाएँ एकाइ पर आधारित हैं और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.स.वी. अधिनियम के उपर्युक्तों के अनुसार आप सहित दिये अंशदाता और हजारी की वसूली हेतु कार्रवाई की जा सकती है।

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

स्थान/Place:
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 अधिक कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा)

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

प्रमाणित किया जाना है कि मैंने मेराया.....को उक्त विवरणों को चार्टर्ड एवं रजिस्टर से सत्यापित कर लिया है तथा इसे टाक 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 संघ सहित
चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर

52-0-032021-000-1009

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

1. यदि कोई वीपकरून अवृत्त पहला बार नियुक्त किया जाता है और / या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ देता है तो "नियुक्ति की तारीख" और या "छोड़ ने की तारीख" लिखें।
If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A.....(date)" and / or "L.....(date)"
2. कृपया बीमा संख्या क्रम में लिखें ! Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
3. अंशदान अवधि के दौरान गमान मजदूरी अवधि के समय में आकड़े कॉलम 4.5 व 6 में दिए जाए।
Figure in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.
4. विवरण के कानूनम् 4.5, व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से दिया जाए।
Invariably Strike totals of Coloumn 4.5 & 6 of the Return.
5. कोई अधिनेत्रण न करें। कोई गमान तो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
6. इस विवरण के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पुरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।
Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
7. विवरण के कानूनम् 7 में वैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए जए अंकड़ों के कॉलम 4 में दिए गए अंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।
Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

ALPINE ESTATES

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

2nd Floor, M.G. Road,

SECUNDERABAD-500 003.

SRI S.D.HAM.modi (PARTNER)

from...MARCH-08... तक /to

क्र.सं. Sl. No.	बीमा संख्या Insurance Number	वीमाकरून चयित्ति का नाम Name of Insured Person	दिनों की संख्या जिनके लिए ¹ मजदूरी की अवधारी की गई है No. of days for which wages paid	अगर जी एट 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.)	यह अभी भी काम पर है ? Whether still Continues Working	अधिकारी Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8	9
TOTAL								

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of Employer

* अधिकारी कानून में नियोजक की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।

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

(कार्यवायर के लिए) / (FOR OFFICIAL USE)

नियोजक के हस्ताक्षर
Signature of Employer
Authorised Signatory

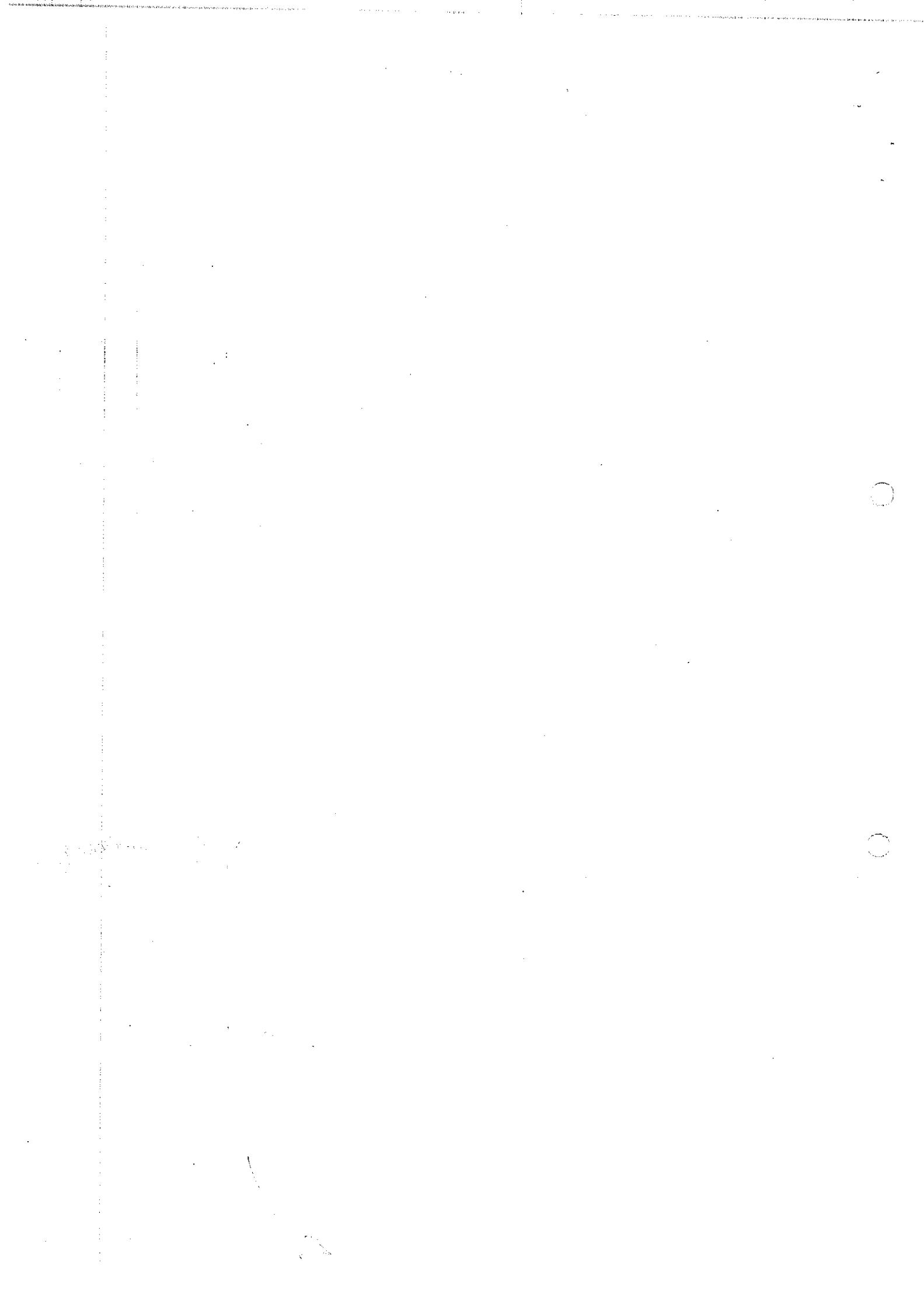
1. दाव की स्थिति चिह्नित । Entitlement position Marked.
2. विवरण के कानून - 5 के जोड़ चेक किए और सही पाए गए/सही गणि दर्शायी गयी।
Total of Col. 5 of Return checked and Found correct / correct amount is indicated.
3. नियोजक/कर्मचारी अंशदान की अगर की गयी गरिमा की जांच की गयी और टोक पायी गयी।
Checked the amount of Employer's / Employees contribution paid which
is in order / observation memo enclosed.

प्रतिहस्ताक्षर / Countersignature.....

उ.स.लि
U.D.C.

प्रधान लिपिक
Head Clerk

शाखा अधिकारी
Branch Officer



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



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
 Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-5

52-0-032021-000-1009

विधोनक की कृप संख्या
 Employer's Code No.

DeY-07 To MARCH - 08

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	हिस्से दिन के लिये मजदूरी संतुल की गई ¹ No. of days for which wages paid	संतुल मजदूरी की कुल राशि Total amount of wages paid	कर्मचारी के अंतरदान की कटौती Employee's Compa- nion's deduction	दैनिक मजदूरी Daily wages $5 \div 4$	वर्षा अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी के पांते प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	वर्षा अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी के पांते प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	वर्षा अभी भी कार्य कर रहा है तथा बीमा योग्य मजदूरी के पांते प्राप्त कर रहा है Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling
1	2	3	4	5	6	7	7A	8	
				₹/Rs. ३/P.	₹/Rs. ३/P.	₹/Rs. ३/P.	₹/Rs. ३/P.		
1	5966120	M.T. Babu	72	1888/-	3.30 00	262 31	—	—	
2	5966121	T. Madhu	91	2081/-	3.63 00	228 35	—	—	
3	5966122	G.S. Kumar	88	1717/-	3.00 00	194 05	—	—	
4	5966123	V. Phanendar	89	1543/-	2.70 00	173 46	—	—	
5	5966124	M.A. Iyau	86	1413/-	2.50 00	163 38	—	—	
6	5966125	P.V.M. Rao	84	955/-	1.73 00	117 76	—	—	
7	5966126	B.T. Sase	80	908/-	1.60 00	113 65	—	—	
8		Sunil Kumar	79	2125/-	3.72 00	269 —	—	—	
9		M.S. Rao	81	2131/-	3.24 00	261 55	—	—	
10		B.Srinath	82	2014/-	3.53 00	245 67	—	—	
11		C.Nagargu	77	1225/-	2.27 00	168 18	—	—	
12	3894816	P.Narendar	84	1316/-	2.30 00	158 60	—	—	
13		P.Suresh	90	1035/-	1.82 00	114 37	—	—	
14		D.Srinivasulu	91	966/-	1.68 00	106 21	—	—	
15	6164313	G.Yusefa	89	1462/-	2.56 00	163 44	—	—	
16	6164314	X.O. JayLaxmi	88	1435/-	2.52 00	163 13	—	—	
17	6164315	T.Raghavani	88	1519/-	2.66 00	171 76	—	—	
18		D.Yasashchi	91	2448/-	4.29 00	269 04	No	—	
19		K.V.Bhuneswari	84	1172/-	2.06 00	138 70	—	—	
	TOTAL			1618 994 723	5161 00				

For ALPINE ESTATES

[Signature]
 Authorised Signatory

52-0-032021-000-1009

बायो संख्या
Insurance
Number

बीमावृत व्यक्ति का नाम
Name of Insured Person

कितने दिन के लिये
मजदूरी संदर्भ को गई

No. of days for
which wages paid

संदर्भ मजदूरी की
कुल राशि
Total amount of
Wages paid

कर्मचारी के अंशदान
की दरकारी
Employee's Contribu-
tion deducted

दैनिक मजदूरी
Daily wages
 $5 \div 4$

ब्यास अपनी पौरी कारबाही कर रहा है।
तथा बीमा योग्य मजदूरी साथ के
संतुर मजदूरी प्राप्त कर रहा है।
Whether still continues working
and drawing wages with insurable
wage ceiling

अंगठी का नाम
Remarks/Name of
Disciplinary

1	2	3	4	5	6	7	7A	8
TOTAL			₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P	₹/Rs.	₹/P

FOR ALPINE ESTATES

हस्ताक्षर
SIGNATURE

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

विवरणों के कॉलम (५) का योग जोख किया गया और
सही पाया गया। सही राशि स्थानी से लिखी गई है।
Total of Col.(5) of the Return Checked and found
correct* correct amount indicated In Pen

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

प्र.के.ति. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर
COUNTERSIGNED
राष्ट्रीय अधिकारी
BRANCH OFFICER

ग्राहन लिपिक
HEAD CLERK

इसकी स्थिति चिह्नित है।
Position marked

प्र.के.ति. U.D.C.

हस्ताक्षर
un-signed

आधिकारी
ANCH OFFICER