

चार प्रतियों में
IN QUADRUPPLICATE



नियोक्ता की कुट संख्या Employer's Code No. 52 26007-101

स्थानीय कार्यालय का नाम RANIGUNJ
Name of Local Office

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

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

विभाग का नाम राज्य बीमा निगम
Branch of E.S.I. Corporation
विषय अंशदान
Subject to verification

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

M/s. MEHTA AND MODI HOMES
5-4-187.3. & 4, II FLOOR,
SOHAM MANSION, M. G. ROAD,
SECUNDERABAD - 500 003

मुख्य नियोक्ता के विवरण / Particulars of the Principal Employer :

क) नाम / Name

ख) पदनाम / Designation

ग) आवासीय पता / Residential Address

कारावधि / Period From

2 OCTOBER 2007

से / To MARCH - 2008 तक

मैं निम्नलिखित बीमाकृत व्यक्तियों से सम्बद्ध नियोक्ता और कर्मचारी अंशदान हिस्सों के व्यक्तियों (इम्प्लॉयर्स) के माध्यम से या कारखाने / स्थापना से सम्बद्ध किसी कर्म या कारखाने या वितरण आदि से सम्बद्ध व्यक्तियों द्वारा नियोजित कर्मचारी शामिल है किन्तु इस विवरणी में उक्त संश्लेषण विनियमों के उपबन्धों के अनुसार निम्न-वर्गीयों के विवरण नहीं 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, employer 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 :

नियोक्ता के अंश के रूप में	रुपये तथा कर्मचारियों के अंश के रूप में	कुल अंश	विवरण
Total contribution amount Rs.	as Employees' share and Rs.	22840 = 00	8414 = 00
1. चालान तारीख / Challan Date	रुपये / for Rs.	13-11-2007	5390 = 00
2. चालान तारीख / Challan Date	रुपये / for Rs.	13-12-2007	6033 = 00
3. चालान तारीख / Challan Date	रुपये / for Rs.	18-1-2008	4696 = 00
4. चालान तारीख / Challan Date	रुपये / for Rs.	18-2-2008	5159 = 00
5. चालान तारीख / Challan Date	रुपये / for Rs.	18-3-2008	5311 = 00
6. चालान तारीख / Challan Date	रुपये / for Rs.		4666 = 00

स्थान / Place
दिनांक / Date

हस्ताक्षर / Signature
For MEHTA & MODI HOMES
पद / Designation

[Signature]
Authorised Signatory

महत्वपूर्ण अनुरोध

- अप्रशुद्ध (रिमाइंडर) कालम (संख्या ८) में यह सूचना दी जाती है कि अंशदान अवधि में यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्ति किया गया है या/या नौकरी छोड़ दिया हो तो, अप्रशुद्ध कालम (संख्या ८) में "नियुक्ति" (दिनांक) तथा/या "नियुक्ति" (दिनांक) लिखें।
- कृपया औषधालय का नाम लिखें, जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है। (केवल एक ही बार दिया जाए)
- नयी नियुक्तियों के संबंध में कृपया औषधालय का नाम लिखें जिससे बीमाकृत व्यक्ति संबद्ध है।
- औषधालय के नाम में परिवर्तन होने की स्थिति में कृपया अप्रशुद्ध कालम में नयी औषधालय का नाम लिखें।
- कालम ४, ५ तथा ६ में आंकड़े अभिलेखीय कारावधि के दौरान समस्त मजदूरी आदि व्ययों के सम्बन्ध में होंगे।
- विवरणों के कालम ४, ५ तथा ६ के जोड़ अनिवार्य रूप से लगायें।
- कोई औचक रद्दति नहीं की जायेगी। प्रत्येक सुनिश्चित पर नियोक्ता द्वारा हस्ताक्षर किये जाने चाहिये।
- इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोक्ता के पूरे हस्ताक्षर तथा रजिस्ट्रार को भेजा जाना चाहिये।
- विवरणों के कालम ७ में निम्न प्रकार की गणना कालम ५ के आंकड़ों को कालम ४ के आंकड़ों से २ दशमलव तक घटा करके की जायेगी।

- Information to be given in "Remarks Column (No.8)"
 - If any insured person is appointed for the first time and/or leaves service during the contribution period, indicate A. (date) "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.
 - In case there is change in the name of Dispensary, please indicate the name and new dispensary in the remarks column.
- Please indicate Insurance Number in chronological (ascending) Order.
- Figures in columns 4, 5 & 6 shall be in respect of wage period ended during the contribution period.
- In variable strike total of columns 4, 5 & 6 of the Return.
- No over-writings shall be made. Any corrections should be signed by the employer.
- Every page of the return should bear full signature & rubber stamp of the employer.
- "Daily wages" 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	वित्तने दिनों के लिये मजदूरी खर्च को गई No. of days for which wages paid	सदत मजदूरी का कुल राशि Total amount of Wages paid		कर्मचारी के अंशदान की कटौती Employee's Contri- bution deducted		दैनिक मजदूरी Daily wages 5-4		क्या अभी भी कार्य कर रहा है नया बीमा योग्य मजदूरी सीमा के धीर मजदूरी प्राप्त कर रहा है। Whether still continues working and drawing wages with insurable wage ceiling	औषधालय का नाम Remarks/Name of Dispensary
				र. Rs.	पै. P.	र. Rs.	पै. P.	र. Rs.	पै. P.		
TOTAL											

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

हस्ताक्षर **For MEHTA & MODI HOMES**
SIGNATURE

[Signature]
Authorised Signatory

पात्रता की स्थिति चिह्नित है।
Entitlement position marked

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

प्रति हस्ताक्षर
Countersigned

शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER

विवरणों के कॉलम (4) का योग जांच किया गया और
सही पाया गया। सही राशि स्थायी से लिखी गई है।
Total of Col.(5) of the Return Checked and found
correct" correct amount indicated in (Pen

प्र.क्षे.लि. U.D.C.

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

प्रदान लिपिक
HEAD CLERK

प्रति हस्ताक्षर
COUNTERSIGNED
शाखा अधिकारी
BRANCH OFFICER



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation AND MODI HOMES

प्रपत्र FORM-6A

नियोजक को कूट संख्या
Employer's Code No.

52-2607-101

OCTOBER 2007

MARCH 2008

5-4-187/3, & 4, II FLOOR,
SOHAM MANSION, M. G. ROAD,
SECUNDERABAD - 500 003

क्रम संख्या Serial Number	बीमा संख्या Insurance Number	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	कितने दिन के लिये मजदूरी सटत को गई No. of days for which wages paid	संस्त 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	औषधालय का नाम Remarks/Name of Dispensary
				₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P	₹./Rs.	₹/P		
1	4400036	H. SUTATHA	181 1/2	31032.00	542.00	171.00	YES				
2	4400038	P. SWETHA	182 1/2	27131.00	473.00	148.66	YES				
3	5315742	B. PACHIAH	175	30145.00	528.00	172.42	YES				
4	5315743	G. MURLIMOHAN	183	20400.00	360.00	111.47	YES				
5	5315744	V. SAIDINESH	174 1/2	19469.00	343.00	111.57	YES				
6	5315755	SYED MOHIUDDIN	164 1/2	26918.00	471.00	163.63	YES				
7	5315761	M. SRINIVAS YADAV	110 1/2	13033.00	227.00	117.85	YES				
8	5315762	ARVIKAS KUMAR	183	21262.00	378.00	118.91	YES				
9	5315763	P. RAGHUNVEER	179 1/2	37366.00	654.00	208.16	NO				
10	5315764	DAKSHINAMURTHY	146 1/2	17484.00	304.00	119.25	YES				
11	5315766	G. PRADEEP KUMAR	180	26740.00	467.00	148.55	YES				
12	5315765	K. MAJIDUDDIN	55	12285.00	215.00	223.36	NO	LEFT			
13	APPLIED	V.V. SHAILATA	182 1/2	26674.00	467.00	146.26	YES				
14	-	D. VENKATRAMANA	60	13655.00	239.00	227.58	NO	LEFT			
15	-	C. NAGARATHU	59	9582.00	168.00	162.40	NO	LEFT			
16	-	G. VENKATESHWAR RAO	176	20024.00	352.00	113.77	NO	LEFT			
17	-	V. VEENA DEVI	183	31284.00	546.00	176.95	YES				
18	-	M. RAJESH	177	20361.00	374.00	220.55	NO				
19	-	S. RUPESH KUMAR	30	4461.00	78.00	148.70	NO	LEFT			
20	-	M. SARITHA	126 1/2	18517.00	325.00	146.61	YES				
21	-	K. VISHWESH	58 1/2	9692.00	170.00	165.33	NO	LEFT			
22	5315766	G.S. NARASIMHAREDDY	91	15642.00	273.00	171.90	YES				
23	5315766	M. YADAGIRI	60	8922.00	156.00	148.70	YES				
TOTAL					480839.00	8410.00					

हस्ताक्षर / Signature

For MEHTA & MODI HOMES

Authorized Signatory

KB/HYD/1.87.000/7/2001



चार प्रतियों में
IN QUADRUPPLICATE

BRANCH OFFICE
CORPORATION
UNJ

प्राप्ति की तारीख / Date of Receipt

M/s. MEHTA AND MODI HOMES
5-4-1873, 1st & 2nd FLOOR, Criminal Prosecution
SOHAM MANSION, M. G. ROAD,
SECUNDERABAD - 500 003



QUADRUPPLICATE
प्रपत्र / FORM - 6

5226007-101

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)

M/s. MEHTA AND MODI HOMES

5-4-1873 & 4, II FLOOR,

कारखाने या प्रतिष्ठान का नाम पूरा पता
Name & Address of the Factory or Establishment
SOHAM MANSION, M. G. ROAD,
SECUNDERABAD - 500 003

मुख्य नियोजक के विवरण / Particulars of the Principal Employer :

क) नाम / Name: SOHAM MODI
ख) पदनाम / Designation: MANAGING DIRECTOR
ग) आवासीय पता / Residential Address: #280, Rd no 25, Jubilee Hills, Hyderabad
कालावधि / Period From: 01st April - 2007 से / To: 31st Oct - 2007

आर.सी. प्राप्त हुआ
Receipt of R.C. Acknowledged
सत्यापन के अधीन हैं
Subject to verification

अ.श्रे.लि/LDC

मैं निम्नलिखित 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. 30639/- Comprising of Rs. 8249/-
as Employees' share and Rs. 22390/- as Employer's Share (Total of col.6 of the Return) paid as under :

चालान तारीख / Challan Dated	रुपये / for Rs.
1. चालान तारीख / Challan Dated <u>21.05.2007 (April)</u>	<u>4797/-</u>
2. चालान तारीख / Challan Dated <u>19.06.2007 (May)</u>	<u>5281/-</u>
3. चालान तारीख / Challan Dated <u>23.07.2007 (June)</u>	<u>4615/-</u>
4. चालान तारीख / Challan Dated <u>20.08.2007 (July)</u>	<u>4771/-</u>
5. चालान तारीख / Challan Dated <u>17.08.2007 (Aug)</u>	<u>5627/-</u>
6. चालान तारीख / Challan Dated <u>22.10.2007 (Sep)</u>	<u>5548/-</u>

स्थान / Place : Secunderabad

दिनांक / Date :

हस्ताक्षर / Signature: [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 तो, 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 ही 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।
- विवरणों 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 जाने चाहिये।
- इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर तथा रबड़ की मोहर होनी चाहिये।
विवरणों 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।

Authorised

M/s. MEHTA AND MODI HOMES
5-4-187 3 & 4, II FLOOR,
SOHAM MANSION, M. G. ROAD,
SECUNDERABAD - 500 003



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

प्रपत्र FORM-6A

नियोजक को कूट संख्या
Employer's Code No. 52-26007-101

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 Contribution deducted	दैनिक मजदूरी Daily wages 5:4	क्या अभी भी कार्य कर रहा है क्या 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	
1	2	3	4	5	6	7	7A	8	
01	4400035	G. SUJATHA	115	22227	389	193	27	NO	
02	4400036	CH. SUJATHA	180	30749	538	65	170	99	YES
03	5315741	NIKUNT MENTA	61	13662	238	05	222	98	NO
04	5315742	POCHAI AH	146.5	30421	532	40	172	35	YES
05	4400037	CH. HARIKA	145.5	21568	377	45	148	23	NO
06	5315743	G. MURAJIMOHAN	183	20400	1357	-	111	47	YES
07	5315744	V. SAI DINESH	143.5	19322	338	70	111	97	YES
08	4400038	P. SURETHA	182	24058	473	55	168	67	YES
09	5315755	SYED MOHUDDIN	169	24609	483	10	163	34	YES
10	5315757	VITAY KUMAR	104.5	21693	379	65	207	58	NO
11	5315761	M. SRINIVAS YADAV	176.5	19664	344	15	114	41	YES
12	5315762	A. R. VILAS KUMAR	178	21169	370	50	118	97	YES
13	5315763	RAGHUNVEER	179	37258	652	05	208	14	YES
14	5315764	DAKSHINAMURTHI	142.5	20492	358	65	118	80	YES
15	5315765	K. MAJIDUDDIN	166	37053	648	45	223	21	YES
16	5315766	PRADEEP KUMAR	182	24053	473	45	148	64	YES
17	Applied	Y. N. SHAILATA	153	20781	363	70	135	82	YES
18	Applied	D. VENKATRAMANA	60	13055	228	50	217	58	YES
19	Applied	C. NAGARAJU	61	9470	166	10	155	57	YES
20	Applied	G. VENKATESHVAR	61	6642	116	25	108	88	YES
			2675	449334	7828	85	3200	22	

DI HOMES

Signatory

For MEHTA & MODI

हस्ताक्षर / Sign
Authorised





