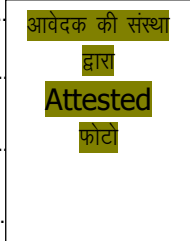




अपंगता / दुर्घटना योजना के तहत सहायता
(बोर्ड द्वारा निर्धारित आवेदन-पत्र)

1. आवेदक श्रमिक का नाम श्री कुमारी श्रीमती
2. आवेदक के पिता पति का नाम
3. आवेदक श्रमिक का आधार कार्ड नं0.....
4. आवेदक श्रमिक का पत्राचार हेतु पूर्ण पता
-दूरभाष / मोबाईल नं0
- 5 संस्था का नाम व पूर्ण पता जहां श्रमिक कार्यरत है
- संस्था की ऑनलाईन बी0आई0पी0 / ई-मेल..... दूरभाष / मोबाईल नं0.....
6. आवेदक श्रमिक की वर्तमान संस्था में ज्वॉइनिंग तिथि
7. आवेदक श्रमिक के पद का नाम
8. आवेदक श्रमिक का कुल मासिक वेतन (आवेदन की तिथि से पूर्व मास में सभी भत्तों समेत वेतन)
9. आवेदक श्रमिक की बोर्ड में श्रम कल्याण निधि अंशदान की सदस्यता का विवरण :-



क्रम संख्या	संस्था का नाम	संस्था का ऑनलाईन बी0आई0पी0	ज्वॉइनिंग तिथि	संस्था छोड़ने की तिथि

10. आवेदक श्रमिक की मैडीकल बोर्ड / ई0एस0आई0 द्वारा जारी अपंगता प्रमाण पत्र की प्रतिशतता
11. क्या आवेदनकर्ता द्वारा वर्तमान में आवेदित योजना का पहले लाभ उठाया गया है ?
यदि हां तो पूर्ण विवरण दें

(संस्था के प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर मोहर सहित)

(आवेदक श्रमिक / आश्रित के हस्ताक्षर)



श्रमिक की अंडरटेकिंग

“मैं सपुत्र/सपुत्री/पत्नीघोषणा करता हूं /करती हूं कि बोर्ड द्वारा संचालित योजना की शर्तों का पूर्णतया: अध्ययन कर लिया गया है; तथा इस योजना का मैं पात्र बनता/बनती हूं । आवेदन-पत्र में दर्शाए गए तथ्य मेरे ज्ञान व विश्वास के अनुसार ठीक हैं तथा इसमें कुछ भी छुपाया नहीं गया है । बहकाने या छुपाने के किसी भी स्थिति के मामले में मेरे विरुद्ध जैसा भी मामला हो अपराधी के तौर पर भारतीय दंड संहिता की धारा 182, धारा 415, सह धारा 417 तथा धारा 420 के तहत मेरे विरुद्ध कानूनी कार्यवाही की जा सकती है” । कृपया मेरा/संस्था का ऑनलाईन विवरण निम्न प्रकार से है:-

- संस्था का नाम व पता:-.....
- श्रमिक/ आश्रित का पता.....
- श्रमिक की ऑनलाईन यूजर आईडी0..... व मोबाईल नं0.....

बोर्ड की योजना के अन्तर्गत यदि किसी कारणवश देय से अधिक राशि स्वीकृत हो जाती है तो मैं श्रम कल्याण बोर्ड को अधिकार देता हूं कि योजना के अंतर्गत अधिक जारी की गई राशि संस्था के माध्यम से मेरे वेतन से कटौती करके अपनी भरपाई कर लें ।

(आवेदक श्रमिक /आश्रित के हस्ताक्षर)



संस्था द्वारा सत्यापन/अंडरटेकिंग

प्रमाणित किया जाता है कि श्रमिक/श्रमिका/आश्रितसपुत्र/सपुत्री/पत्नी
.....इस संस्था में दिनांक.....सेके पद पर
कार्यरत है तथा श्रमिक का आवेदन से पूर्व मास का वेतन (सभी भत्तों सहित).....रुपये है । श्रमिक द्वारा
आवेदन-पत्र में दी गई सूचना पूर्णतया सत्य है एवं बोर्ड की योजना की शर्तों के अनुसार कवर होता है। श्रमिक की
ज्वार्डनिंग तिथि से श्रमिक का अंशदान नियोक्ता द्वारा दिनांकतकरुपये बोर्ड में जमा करवा दिया
गया है । कृपया ऑनलाईन विवरण निम्न प्रकार से है:-

- संस्था की ऑनलाईन बी0आई0पी0/एप्लीकेशन आई0डी0.....
- श्रमिक की ऑनलाईन यूजर आई0डी0..... व मोबाईल नं0.....

श्रमिक द्वारा उक्त लाभ के लिए केवल एक ही आवेदन प्रस्तुत किया गया है । यदि किसी कारणवश श्रमिक को
योजना के तहत देय राशि से अधिक राशि जारी हो जाती है तो अतिरिक्त अधिक राशि की रिकवरी श्रमिक के वेतन से
करके श्रम कल्याण बोर्ड को कल्याण आयुक्त, हरियाणा के नाम बैंक ड्राफ्ट/चैक के माध्यम से भेज दी जाएगी ।

(संस्था के प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर मोहर सहित)