पंजीकृतावती देय
Registed AD

C-11

क्षेत्रीय कार्यालय
REGIONAL OFFICE (KARNATAKA)
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**
NO.10, BINNYFIELDS, BINNYPET, BANGALORE-23

D1 1-7-06

संख्या/No. Kar,Inspn.53-22889-101

दिनांक/Dated

मुख्य नियोजक क.रा.बी. अधिनियम की धारा 40(1) तथा 41 के तहत ठेकेदारों के माध्यम से कूट संख्या सहित कभी रहित नियुक्ति कर रहे हैं, लेकिन जिम्मेदारी से कोई छूट नहीं है।
**"Principal Employers are not absolved of their liability Under Section 40(1) & 41 of the ESI Act Inspect of Employees engaged through a Contractor with or without ESI Code Number"**

सेवा में/To,

मैसर्स/M/s Raxa Security Services Pvt.Ltd.
81/1, MTB, Mahameeru
Wellington Street, Richmond Road
Bangalore-25

विषय : कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 का कार्यान्वयन और (यथा-संशोधित) अधिनियम की धारा 2(12)/1(5) के अधीन कारखानों तथा स्थापनाओं के कर्मचारियों का पंजीकरण।

**Subject : Implementation of the E.S.I. Act, 1948 and Registration of Employees of the ~~Factories~~ and Establishments under Section 2(12)/1(5) of the Act as amended.**

महोदय/Dear Sir/s,

1) आपको सूचित किया जाता है कि कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 की धारा 1(3) के अधीन केन्द्रीय सरकार ने अधिसूचना संख्या .................... दिनांक .................... द्वारा .................... क्षेत्र में सभी कारखानों/स्थापनाओं को अधिनियम के अधीन व्याप्त करने हेतु अधिनियम के उपबंध बनाए हैं।
It is informed that under Section 1(3) of the E.S.I. Act, 1948 the Central Government has vide notification No.................... dated .................... made the provisions of the Act applicable to all factories/establishments covered under the Act within the (Area) ....................

2) यह भी सूचित किया जाता है कि समुचित सरकार ने अधिनियम की धारा 1(5) के अधीन अधिसूचना संख्या .................... दिनांक .................... द्वारा .................... तारीख से अन्य स्थापनाओं पर अधिनियम के उपबंधों/धाराओं का विस्तार कर दिया है।
It is further informed that the appropriate Government has extended the provisions of the Act to other establishment under Section 1(5) of the Act with effect from 27.1.85 (vide notification No. SWL.371.LSI.81 dated 5.1.85)

3) अधिनियम की धारा 2क के अधीन ऐसे कारखाने/स्थापना को अधिनियम के अधीन पंजीकृत करना अनिवार्य है तथा अध्याय 4 के अन्तर्गत प्रधान नियोजक की यह जिम्मेदारी हो जाती है कि वे अपने सभी कर्मचारियों को पंजीकृत कराएं तथा अधिनियम के अधीन व्याप्त सभी कर्मचारियों के अंशदान की अदायगी करें।
Under Section 2-A of the Act such a factory/establishments is required to register itself under the Act and chapter IV thereof casts a responsibility on the principal employer thereof to insure his employees and pay contributions in respect of these employees covered under the Act.

4) आपके द्वारा भेजे गए आपके कारखाने/स्थापना के विवरण के अनुसार दिनांक .................... की बीमा निरीक्षक/शाखा कार्यालय प्रबन्धक द्वारा आपके कारखाने/स्थापना की निरीक्षण संबंधी निरीक्षण रिपोर्ट के अनुसार आपका कारखाना/स्थापना दिनांक .................... में अधिनियम की धारा 2(12)/1(5) की सीमा में आता है। फिर भी यदि, बाद में जाँच करने पर यह बात सामने आती है कि आपका कारखाना/स्थापना उल्लिखित तारीख से पहले व्याप्ति योग्य था तो उस पिछली तारीख से अधिनियम की धाराओं का अनुपालन करना आपकी जिम्मेदारी होगी।
On the basis of the particulars in respect of your ~~factory~~/establishment submitted ~~by you~~ in the report of the inspection conducted by the Insurance inspector/~~Branch Office Manager~~ who Inspected your ~~factory~~/establishment on 12.4.06 your ~~factory~~ / establishment falls within the purview of Section ~~2(12)~~/1(5) of the Act with effect from 1.12.05* In case, however, subsequent facts reveal that your ~~factory~~/establishment was coverable from a date prior to the date mentioned above, you shall make yourself liable to comply with the provision of the Act from such earlier date.

*(provisionally)

5) आपसे अनुरोध, है कि आप अधिनियम के अधीन व्याप्ति की तारीख से आप अपने कारखाने/स्थापन के कर्मचारियों के घोषणा-पत्र भरने तथा उनके पंजीकरण और अंशदान की अदायगी व रिकार्ड के अनुरक्षण संबंधी कार्रवाई तुरन्त करें तथा रिकार्ड आदि का अनुरक्षण करें।
It is requested to take immediate steps for registration of your employees by submitting Declaration forms, payment of contribution, maintenance of record etc., from the date of coverage of your ~~factory~~/establishment under the Act.

6) आपकी सुविधा के लिए कारखाने/स्थापन को कूट संख्या.................... आबंटित की गई है जिसका इस कार्यालय के साथ पत्राचार करते समय प्रयोग किया जाए तथा उक्त संख्या सभी फार्मो में यथास्थान दर्शायी जाए। .................... में स्थित निगम के शाखा कार्यालय को अनुदेश भेज दिए गए हैं, कि ये आपके कर्मचारियों के पंजीकरण से संबंधित प्रक्रिया में आपकी हर संभव सहायता करें। कोई कठिनाई होने पर अथवा योजना से संबंधित किसी अन्य प्रयोजन के लिए आप उपरिलिखित शाखा कार्यालय प्रबन्धक से संपर्क करें जो आपकी इस संबंध में हर संभव सहायता करेंगे।

For the sake of convenience your establishment has been allotted code No. 53-22889-101 which may kindly be used in all communications sent to this office and on all forms at the place indicated for the purpose. The Branch Office of the Corporation situated at ESI Dispensary* has been instructed to render necessary assistance to you in connection with registration of your employees. In case you find any difficulty or for any other purpose which may be necessary in connection with the Scheme you are requested to contact the Manager of the aobve Branch Office who will render necessary help in the matter. *Building, 15, Queens Road, Bangalore-560 052

7) अनुरोध है कि बीमा चिकित्सा व्यवसायियों/राज्य बीमा औषधालयों की सूचियों का अपने कारखानों/स्थापना में भरसक प्रचार करें ताकि आपके कर्मचारी अपने राज्य बीमा औषधालयों/बीमा चिकित्सा व्यवसायियों का चयन कर सकें। अपेक्षित फार्म आदि उपरिलिखित शाखा कार्यालय से प्राप्त करें जिसके साथ आपके सभी कर्मचारी भी सम्बद्ध होंगे।
It is requested that publicity may kindly be given to list of insurance medical practitioners, State Insurance Dispensaries to enable your employees to choose their State Insurance Dispensaries/Insurance Medical Practitioner. Required forms etc., may please be collected from the Branch Office mentioned above to which all your employees will also be attached.

8) निगम के कर्मचारी, कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 के अधीन आपको अपने कर्तव्यों और दायित्वों के निर्वहन हेतु हर संभव एवं आवश्यक सहायता सहर्ष प्रदान करेंगे। मुझे विश्वास है कि आप कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों का समय से अनुपालन करेंगे।
The Corporation Officials would be pleased to give all necessary and possible guidance to you in discharging your duties and obligations under the ESI Act, 1948 and I am confident of prompt and early compliance under the provisions of the ESI Act and Reglation on your part.

9) कर्मचारी राज्य बीमा अंशदान स्वीकार करने के लिए प्राधिकृत बैंक शाखाओं की एक सूची संलग्न है। आप अपनी सुविधानुसार इन शाखाओं में से कोई एक शाखा चुनने की कृपा करें और इसकी सूचना इन कार्यालय को तथा भारतीय स्टेट बैंक की संबंधित शाखा को भेज दें तथा केवल उक्त शाखा में कर्मचारी राज्य बीमा राशि जमा करायें। यदि इस पत्र की प्राप्ति के 15 दिन के अन्दर आपसे कोई सूचना प्राप्त नहीं होती है तो जिस अधिकृत शाखा विशेष में आपने अंशदन की राशि जमा कराई होगी उसे आपके कारखाने/स्थापन के लिए "नामित शाखा" मान लिया जाएगा।
A list of Bank Branches who are authorised to accept ESI contributions is enclosed. You may choose one of the Branches convenient to you, under intimation to this office and to the concerned branch of the State Bank of India and deposit the ESI dues in that branch only. In case no intimation is received within 15 days of the receipt of this letter, the amount of contribution deposited in one of the specified branch would be considered as "Nominated Branch" for your factory/establishment. **

10) योजना के अन्तर्गत उपलब्ध/हितलाभों नियोजक आदि के उत्तरदायित्वों की विवरणिका/इश्तहार इसके साथ इस निवेदन के साथ संलग्न है कि योजना के बेहतर कार्यचालन के लिए इसका व्यापक प्रचार करें।
A brochure/leaflet containing benefits available under the scheme and obligation of the employer etc. is enclosed herewith with request to give wide publicity towards smooth functioning of the scheme.

** State Bank of India
27, Mosque Road
Richards Town
Bangalore-560 005

11) कृपया विलंब से बचने के लिए, सभी पत्राचार में, अपनी कूट संख्या का उल्लेख करें।
Please indicate your Code No. on all correspondences to avoid delay.

12) EPF No. may be submitted

भवदीय/Yours faithfully,

(M.KARUNANITHI)
उप निदेशक/DY. DIRECTOR

अनुलग्नक/Encl : As stated above

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचना तथा आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित :
Copy for information and necessary action to :

1) प्रबंधक, शाखा कार्यालय Queens Road
The Manager, Branch Office

2) EDP Centre

3) बीमा निरीक्षक
The Insurance Inspector Shivajinagar प्रभाग/Division
प्रधान नियोजक का नाम
Name of the Principal Employer : Sri.M.R.Reddy, Managing Director
कर्मचारियों की संख्या
No. of Employees : 124 as on 1.2.2005
कारखाना लाइसेंस संख्या, यदि कोई हो
Factory Licence No. if any

4) सी-6 शाखा
C-6 Branch

5) ..................................................

(M.KARUNANITHI)
उप निदेशक/DY. DIRECTOR

कृपया सुनिश्चित करें : पूर्ण सामाजिक सुरक्षा के लिए सभी कामगारों को क.रा.बी. में बीमांकित कराएं।
ENSURE - TO INSURE ALL ELIGIBLE WORKERS WITH ESI FOR TOTAL SOCIAL SECURITY.