

बीमारी के लिए प्रसूति हितलाभ/अस्थायी अपंगता/बीमारी हितलाभ के लिए दावा



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

(विनियम 63 और 89ख)

मैंपुत्र/पत्नी/पुत्री...
..... बीमा संख्या.....

पीठ पृष्ठ पर लिखित अवधि हेतु नकद हितलाभ का दावा करता हूँ/करती हूँ और कथन करता हूँ/करती हूँ कि :-

- (1)* बीमारी/अस्थायी अपंगता/गर्भावस्था/प्रसव/समय-पूर्व संतान के जन्म/गर्भपात द्वारा बीमारी के कारण से काम नहीं किया है।
- (2)* मैं, अब..... से बीमारी/अस्थायी रूप से अपंगता/ गर्भावस्था/प्रसव/समयपूर्व संतान के जन्म/गर्भपात के कारण रोगी होने का दावा नहीं करता हूँ/करती हूँ और उस दिन के पहले पारिश्रमिक के लिए मैं कोई काम नहीं करूंगा/करूंगी/मैंने नहीं किया है।
- (3)* मैंने छुट्टी/अवकाश की अवधि के लिए कोई मजदूरी प्राप्त नहीं की है।
- (4)* मैंने बीमारी/अस्थायी अपंगता की प्रमाणित प्रविरति (अनुपस्थिति) की अवधि अर्थात् से तक जिसके संबंध में दावा किया गया है, मैं हड़ताल पर नहीं था/थी।

मैं चाहता/चाहती हूँ कि संदाय शाखा कार्यालय में *नकद किया जाए/मनीआर्डर से किया जाए।

दावेदार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

साफ अक्षरो में नाम.....

पता.....

महत्वपूर्ण :

1. कोई व्यक्ति, चाहे अपने लिए या किसी अन्य व्यक्ति के लिए, प्रसूविधा अभिप्राप्त करने के प्रयोजन से मिथ्या कथन या मिथ्या व्यपदेशन करेगा, अपने को अभियोजन के लिए जिम्मेदार ठहराएगा और उसे 2000/- रु. तक का जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों दंड दिए जा सकते हैं।
2. यह प्ररूप पूरा करके समुचित शाखा कार्यालय को **अविलम्ब** भेज दिया जाना चाहिए।
3. फिर से काम पर जाने से पहले अंतिम प्रमाण-पत्र अवश्य अभिप्राप्त किया जाना चाहिए।

*जो लागू न हो उसे काट दें।



CLAIM FOR SICKNESS/T.D.B./MATERNITY BENEFIT FOR SICKNESS

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(Regulation 63 & 89-B)

I _____ Insurance No. _____ s/w/d of _____ hereby claim Cash Benefit for period over leave and state.

- (i)* That because of sickness/temporary disablement/sickness due to pregnancy/confinement/ premature birth of child/ miscarriage. I have not been at work since _____.
- (ii)* I no longer claim to be sick/temporary disabled/sick due to pregnancy/confinement/ premature birth of child/miscarriage from _____ and I shall/did not take up any work for remuneration before that date.
- (iii)* I have not been in receipt of any wages for the days of leave/holiday (s).
- (iv)* I was not on strike during the period of certified abstention on account of sickness/temporary disablement i.e. from _____ to _____ for which the benefit is claimed.

I desire payment in *cash at Branch Office / By Money Order.

Signature or T.I. of claimant

Name in Block Letters _____

Address _____

Notes :

1. Any person who makes a false statement or misrepresentation for the purpose of obtaining benefit whether for himself/some other person shall be punishable with imprisonment up to 6 months or with a fine up to Rs. 2,000/- or with both.
2. This form should be completed and submitted WITHOUT DELAY to the appropriate Branch Office.
3. A final certificate must be obtained before resuming work.

Strike out if not applicable.