



कर्मचारी राज्य बीमा निगम Employees' State Insurance Corporation

सेवा में To,
शाखा प्रबन्धक The Branch Manager
शाखा कार्यालय Branch Office,

महोदय, Dear Sir,

मेरा पहचान पत्र खो गया/खराब हो गया है, अतः मैं पहचान पत्र की अनुलिपि के लिए प्रार्थना करता हूँ।

My Identity Card has been lost/defaced, I have therefore to request for a Duplicate Identity Card.

मैं पहचान पत्र की अनुलिपि में शुल्क स्वरूप एक रुपया अदा करता हूँ/मैं पुराना पहचान पत्र जमा करता हूँ।

I herewith deposit a sum of rupee 1/- only being the fee for the Duplicate Identity Card/I return herewith the Identity Card Issued to me earlier.

चूँकि खराब हुआ पहचान पत्र 3 वर्ष पहले दिया गया था मुझे पहचान पत्र निःशुल्क प्रदान किया जाए।

As the Card was issued more than 3 years ago, the Duplicate Identity Card may be issued to me free of Charge.

मेरे वर्तमान पारिवारिक सदस्यों का विवरण निम्न प्रकार है।

The particulars of the present members of my family are furnished below :-

क्रमांक Sl. No.	नाम Name	जन्मतिथि Date of Birth	बीमाकित व्यक्ति से संबंध Relationship with Insured person	उसके साथ रह रहे हैं/या नहीं Whether residing with him/her or not
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त विवरण मेरे द्वारा दिए गए हैं और मेरे अधिकतम विश्वास एवं जानकारी के अनुसार सत्य हैं और उन विवरणों से मिलते हैं जो मैंने समय-समय पर दिए हैं।

I hereby declare that the particulars above have been given by me and are true to the best of my knowledge and belief and tally with those which I have furnished earlier from time to time.

मैं यह भी जानता हूँ कि यदि मेरी घोषणा में कोई विवरण गलत पाया तो मैं कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 की धारा 84 के अन्तर्गत दण्ड का भागी हूँगा।

कृ.पृ.उ. P.T.O.

I also understand that in case of any of the particulars in my declaration is found to be wrong, I shall be liable to prosecution under section 84 of the E.S.I. Act, 1948

भवदीय Yours faithfully

• साक्षात्कृत Attested

हस्ताक्षर या निशानी अंगूठा Signature or thumb impression

पूरा नाम Full Name

बीमांक Ins No.

• साक्षात्कृत अधिकारी का नाम व पद

Name and Designation of the Attesting Authority

यह प्रार्थना पत्र वर्तमान/पिछले नियोजक या ट्रेड यूनियन के अध्यक्ष/मंत्री अथवा शाखा कार्यालय के परिचित व्यक्ति द्वारा साक्षात्कृत होना चाहिए।

This application should be attested by the present employer or the last employer or the President or Secretary of a Trade Union or a person known to the Branch Office.

टिप्पणी :- कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 की धारा (2) खण्ड (ii) के अनुसार परिवार का अर्थ बीमांकित व्यक्ति पर आश्रित पति या पत्नी और वैध तथा दत्तक अल्पवयस्क बच्चे और उसके आश्रित माता-पिता से है।

Note :- According to section 2 Clause (ii) of the Employees' State Insurance Act 1948 family means the spouse and minor legitimate and adopted children dependant upon the insured person and his dependant parents.

(शाखा कार्यालय हेतु To be completed by Branch Office)

पहचान चिन्ह यदि हितलाभ फाइल पर अंकित न हो

Identification mark if not given on the Benefit file

मैंने पुराना पहचान पत्र/पारिवारिक पत्र प्राप्त किया।

I received Identity Card/Family Identity Card

issued earlier

1.

2.

..... शाखा कार्यालय की मोहर, नकद रसीद संख्या

पुस्तक संख्या दिनांक द्वारा एक रुपया (केवल एक रुपया) प्राप्त किये।

Received Rupee 1/- (Rupee One only) vide Cash Receipt No.

Book No. Dated Stamp of Branch Office.

1 रु. की शुल्क बीमांकित व्यक्ति से इसलिए नहीं प्राप्त की गई क्योंकि बदल निःशुल्क होना है।

Fee of Rupee 1/- has not been received from the insured person as replacement is to be done free of cost.

सम्मिलित पहचान पत्र की अनुलिपि प्राप्त की।

शाखा प्रबन्धक के हस्ताक्षर Signature of Branch Manager

Duplicate Combined Identity Card received

शाखा कार्यालय Branch Office.....

• जो लागू न हो उसे काट दें।

बीमांकित व्यक्ति के हस्ताक्षर या निशानी अंगूठा

Signature or thumb impression of the Insured person

• Delete whichever is not applicable

बीमांक Ins. No.