

श्रम कल्याण बोर्ड हरियाणा की विभिन्न योजनाओं के लिए आवेदन-पत्र
(सभी योजनाओं के लिए सामान्य कॉलम)

1. श्रमिक का नाम -----
2. श्रमिक के पिता का नाम -----
3. श्रमिक के पद का नाम -----
4. संस्था का नाम व पूर्ण पता जहां श्रमिक कार्यरत है दूरभाष नं० -----समेत यदि कोई है ।
5. श्रमिक का कुल मासिक वेतन ----- (आवेदन की तिथि से पूर्व मास में सभी भत्तों समेत वेतन स्लीप संलग्न करें)
6. श्रमिक का पत्राचार हेतु पूर्ण पता तथा दूरभाष नं०-----यदि कोई है ।
7. श्रमिक के संस्था में नौकरी में ज्वाइनिंग तिथि -----
8. श्रमिक बोर्ड की श्रम कल्याण निधि अंशदान का सदस्य कब से है -----
9. क्या आवेदनकर्ता द्वारा योजना का पहले लाभ उठाया गया है ? यदि हां तो पूर्ण विवरण दें ----
10. योजना का नाम जिसके लिए लाभ लेना है -----

(लाभ लेने संबंधी विभिन्न योजनाओं के लिए अन्य कॉलम)

11. केवल कन्यादान योजना के लिए :-

- क) कन्या का नाम -----
- ख) कन्या की माता का नाम -----
- ग) कन्या की जन्म तिथि -----(प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
- घ) कन्या की शादी की तिथि-----

dU;k dk
lka{kkfdr
QksVks
yxk,a

12. केवल छात्रवृत्ति (9^{वीं} जव वदूतके) तथा वर्दी/किताबे व स्टेपनरी आदि खरीदने की योजना (कक्षा 5 से 8) के लिए :-

- क) छात्र/छात्रा का नाम -----
- ख) छात्र/छात्रा की माता का नाम -----
- ग) :-

पास की गई परीक्षा का नाम	कुल अंक	प्राप्त अंक	अंकों की प्रतिशतता

Nk=@Nk=
k i<+kbZ
tkjh j[kus
okys
laLFkku

घ) छात्र/छात्रा द्वारा जिस कक्षा में पढ़ाई जारी रखी हुई है का नाम तथा स्कूल/कालेज/संस्थान का पूर्ण पता तथा संस्थान की यूनिवर्सिटी, बोर्ड आदि से एफीलिएसन या रिकगनिषन का उल्लेख करें तथा यह उल्लेख करें कि पढ़ाई जारी कक्षा, डिग्री या डिप्लोमा हैतथा वह कितने वर्ष का है का भी उल्लेख करें (पढ़ाई जारी रखने का प्रमाण-पत्र संस्थान के लैटर पैड पर बनवाकर संलग्न करें)-----

ड) बोर्ड की योजनाओं के अंतर्गत श्रमिक के अविवाहित बच्चों को ही लाभ दिया जाता है तथा मैं प्रमाणित करता हूं कि मैंने छात्र/छात्रा द्वारा आवेदित कक्षा हेतु किसी अन्य स्रोत से छात्रवृत्ति प्राप्त नहीं की है तथा छात्र/छात्रा अविवाहित है ।

(छात्र/छात्रा के हस्ताक्षर)

(श्रमिक के हस्ताक्षर)

13. केवल मृतक श्रमिक की विधवा/आश्रितों के लिए :-

- क) विधवा/आश्रित का नाम -----
 ख) आश्रित के मृतक श्रमिक के साथ सम्बन्ध----- व मृत्यु तिथि-----

(विधवा/आश्रित के हस्ताक्षर)

14. केवल धार्मिक स्थानों व ज्ञान एवं आनन्द भ्रमण योजनाओं के लिए:-

क्रम संख्या	श्रमिक/उसके परिवार के सदस्यों के नाम	कामगार के साथ संबंध	आयु	यात्रा का स्थान	यात्रा पर जाने की तिथि

15. केवल दुर्घटना में अपंगता सहायता योजना के लिए :-

- क). श्रमिक की दुर्घटना बारे ई0एस0आई0/सी0एम0ओ0 द्वारा अपंगता का प्रतिषत प्रमाण-पत्र जारी करने की तिथि,-----
 ख). श्रमिक की दुर्घटना में हुई अपंगता का प्रतिषत (प्रमाण-पत्र संलग्न करें)

16 केवल चष्मों/डेंटल केयर के लिए वित्तीय सहायता :-

- क).श्रमिक द्वारा आखें/दांत चैक करवाने की डाक्टर की प्रैसक्रिप्सन रिपोर्ट जिसमें बिमारी का नाम डाक्टर द्वारा सुझाया गया ईलाज, ईलाज हेतू दवाईयों का वर्णन हो व चष्मे/दांत की दवाईयां आदि अन्य सामान खरीदने का बिल संलग्न करें ।

17. केवल महिला श्रमिकों तथा पुरुश श्रमिकों की पत्नियों को प्रसूति पर वित्तीय सहायता उपलब्ध कराने बारे ;केवल ई0एस0आई0 के तहत कवर न होने वाले संस्थानों के लिए उपलब्धद्व :-

- क) महिला श्रमिक तथा पुरुश श्रमिक द्वारा ई0एस0आई0 के तहत कवर न होने का प्रमाण साथ भेजना जरूरी है।
 ख) प्रसूति का प्रमाण पत्र साथ भेजना जरूरी है।

18. केवल दुर्घटना में अपंग हुए श्रमिकों, श्रवण शक्ति खो चुके श्रमिकों को कृत्रिम अंग, श्रवण मशीन या मीमंतपदह पके व ज्तल बलबसम उपलब्ध करवाने बारे ;केवल ई0एस0आई0 के तहत कवर न होने वाले संस्थानों के लिए उपलब्धद्व :-

- क) श्रमिक, डाक्टर की क्तमेबतपचजपवद तथा श्रवण मशीन मीमंतपदह पकेए ज्तल बलबसम या कृत्रिम अंग खरीदने का बिल अपने

कलेम के साथ प्रस्तुत करे।

19. केवल साईकल खरीदने के लिए वित्तीय सहायता :-

क) श्रमिक को जो साईकल लेना है उसका साईज इंचों.....में लिखें ।

ख) योजना की शर्तों अनुसार श्रमिक एक बार साईकल का लाभ लेने के बाद अगले 10 वर्षों तक आवेदन नहीं करेगा ।

(आवेदक श्रमिक/आश्रित के हस्ताक्षर)

श्रमिक की अंडरटेकिंग :-

“मैं घोशणा करता हूं /करती हूं कि 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” । 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 वह मेरी संस्था के माध्यम से अधिक जारी की गई राशि मेरे वेतन से कटौती करके अपनी भरपाई कर लें ।

तिथि :-

(आवेदक श्रमिक /आश्रित के हस्ताक्षर)

संस्था का प्रमाण-पत्र :-

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती..... (श्रमिक/श्रमिका का नाम)
सपुत्र/पत्नी श्रीइस संस्था में दिनांक.....सेके पद पर कार्यरत है तथा श्रमिक का मासिक वेतन (सभी भत्तों सहित).....रु0 है व श्रमिक द्वारा आवेदन-पत्र में दी गई सूचना पूर्णतया सत्य है एवं बोर्ड की योजना की शर्तों अनुसार कवर होता है । श्रमिक की ज्वार्निंग तिथि से संबंधित नियोक्ता के अंशदान समेत -----रु0 अंशदान की राशि बोर्ड में जमा करवा दी गई है । 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 बैंक ड्राफ्ट के माध्यम से भेज दी जाएगी ।

तिथि :-

(प्रबन्धक का नाम तथा हस्ताक्षर मोहर सहित)

श्रम निरीक्षक / श्रम निरीक्षक (कल्याण) की जांच रिपोर्ट :-

उक्त आवेदन-पत्र इस कार्यालय में दिनांकको डायरी नं०के अंतर्गत प्राप्त किया गया है। आवेदन-पत्र में श्रमिक द्वारा व संस्था द्वारा प्रस्तुत विवरण जांच उपरांत ठीक पाया गया। अतः अनुदान देने की सिफारिश की जाती है। इस कार्यालय के रिकार्ड अनुसार उक्त योजना के वर्णित लाभ हेतु श्रमिक द्वारा केवल एक ही प्रार्थना-पत्र प्रस्तुत किया गया है जिसका इन्द्राज इस कार्यालय के डायरी रजिस्ट्र में कर लिया गया है और संस्था ने श्रमिक का देय तिथि तक का पूर्ण अंशदान श्रम कल्याण बोर्ड में भेजा हुआ है तथा उपरोक्त वर्णित केस योजना की निर्धारित शर्तों को पूर्ण करता है।

तिथि :-

श्रम निरीक्षक / श्रम निरीक्षक(कल्याण) /
श्रम तथा समझौता अधिकारी / कल्याण अधिकारी (महिला)
के हस्ताक्षर नाम व मोहर सहित

अग्रिम रसीद

(योजना का नाम).....के योजना-लाभ के
अन्तर्गत कल्याण आयुक्त, हरियाणा, चण्डीगढ़ के द्वारा रू0

(रूपये.....) प्राप्त किये ।

राजस्व टिकट

श्रमिक/आश्रित (बच्चे) का नाम एवं हस्ताक्षर पूर्ण पते के
साथ

संस्था द्वारा सत्यापित

Application for Mukhya Mantri Sharam Purskar

Attested pass port size photo of applicant
--

1. Name of the Applicant -----
2. Designation -----
3. Father's Name -----
4. Date of Birth -----
5. Male/ Female -----
6. (i) Educational Qualification -----
 (ii) Technical & other professional qualifications -----
 (iii) Duties & responsibilities assigned -----
 (iv) Details of training courses/ Seminars attended -----
6. Name of Management (with complete address). -----
7. Date of Joining -----
8. Correspondence Address (with telephone no. if any) -----
9. Sequence of promotions -----
10. Whether the applicant is a member of contribution fund or not?-----
11. Total monthly wages (including all allowances) -----
12. Details of settlement of disputes for which he has given his contribution. -----
13. Whether disabled or not and if yes, percentage of disability be mentioned? -----
14. Certificate of appreciation or special achievement. -----
15. Whether or not any training obtained for first aid? -----
16. Reasons for giving award. -----
17. Information in the prescribed proforma for valuation is also attached.
18. Undertaking to the effect that no disciplinary proceedings are pending against me and I have not been penalized for any misconduct , moral turpitude and criminal case during my entire service period.

Note:-

1. Please attach attested copies of certificates and documentary proofs wherever possible.
1. Please attach separate sheet wherever needed due to shortage of space.

Dated:-**(Signature of Applicant)**

19. Whether or not the management has cleared up-to-date payment of unpaid accumulations & contribution? -----
20. Recommendation of the management -----
 (This will contain information regarding work of employee, his behaviour, efficiency, discipline, sharpness of mind, honesty, health, punctuality, annual attendance, sincerity, inclination towards duty, loyalty towards management, contribution to achieve production targets , adoption of Safety rules and special incentives if any, given at the level of management for good work done by him).
21. Valuation sheet is enclosed.

(Separate sheet may be attached if necessary due to space shortage)

(Supervisor)

(Personal Manager)

(Factory Manager)

**Name & signature of authorised
signatory of the management(with seal).**

Recommendation of D.L.C including verification that the above particulars have been verified by him
and found correct

**Name & signature of DLC
with official seal.**

Recommendation of the Committee at Head Quarter

Prescribed format for valuation
(As for as possible valuation will be done on the basis of attached proofs)

Sr. No.	Subject of title	Max. marks allowed	Self assessment by the applicant	Assessment by the management	Marks awarded by DLC after verification	Marks awarded by Committee
1.	Annual attendance in previous calendar year	05 for men and 08 for women				
2.	Contribution in increasing production	05 for men and 07 for women				
3.	Exceptional act of bravery	04				
4.	Sequence of promotions during service period	03				
5.	Participation in sports at National / State Level	03				
6.	Higher Education during service period	03				
7.	First aid training and knowledge of industrial safety and fire fighting rules and contribution in this regard	02				
8.	Courses and Seminars attended during service period	02				
9.	Special incentive / increments / rewards given at management's level	02				
10.	Any special act of honesty / social work	02				
11.	Health condition	02				
12.	Discipline and devotion to duty	02				
	Total Marks	Male = 35 Female = 40				

(Signature of Applicant)

(Authorised Signatory of Management)

(Signature of DLC)

Recommendation of the committee at H.Q.