



चिंता से मुक्ति

SUB REGIONAL OFFICE MAROL

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(An ISO 9001:2000 Certified)

"PANCHDEEP" BHAVAN: P.9, ROAD No. 7, MIDC, ANDHERI (E), MUMBAI-400 093.

Tel.: 2822 5568/9 & 2822 6456 Tele-Fax: 2830 3542

Email: dir-marol@esic.nic.in - Website: www.esic.nic.in

No.35/Cov./IT/N.C./2009/35-711-101

Date: 17/11/2009

To,
M/s. Unicom Infotel Pvt. Ltd.
C-315, Salaris-1, Sakinaka Rd,
Powai, Mumbai - 72

Sub: Re-assignment of employer's code number.

Dear Sir,

I have to inform that your Employer's Code has been re-cast in the 17 digit format and reads as-

3	5	0	0	0	0	0	7	1	1	0	0	0	1	0	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Please use this 17 digit code number in all further correspondence and reference, including Declaration Forms, ESIC Challans and Returns etc.

Yours faithfully,

B.D. Londhe
17/11/09

(B.D. Londhe)

ESIC Inspector / Official

J.D.P.P. 20,000/9/98



SUB-REGIONAL OFFICE MAROL
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
'Panchdeep' Bhavan, Plot No. 9, Road No. 7
M. D. C., Andheri (E), Mumbai - 400092
"निगम हिन्दी में प्राप्त पत्रों का स्वागत करता है"

रसीदी रजिस्ट्री Regd. A. D.
फार्म 'सी'-11 FORM 'C' 11

क्षेत्रीय कार्यालय महाराष्ट्र
REGIONAL OFFICE MAHARASHTRA

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

पंचदीप भवन, शहीद, भगतसिंग मार्ग, कुलाबा, मुंबई-400 005.
PANCHDEEP BLDG., COLABA, MUMBAI-400 005.

दूरभाष्य 2842570, 2842578
2842532
Tel. No. 2842570, 2842578
2842532

संख्या : न/व्याप्ति/No. B/Cov./

RM 1358

(35-711-101)

दिनांक Date :- 22-11-2000

23.

सेवा में, To,

मेसर्स M/s.

Unicorn office Automation Pvt. Ltd.

प्रमुख नियोजक

Principal

Employer :

404, Solaris II, opp.

2RT Gate No. 6, Sakinaka Road

Powai, Mumbai - 400072.

विषय :- क. रा. बी. अधिनियम, 1948 का कार्यान्वयन 1 क. रा. बी. अधिनियम, 1948 (यथा संशोधित) की धारा 2/(12)-1/(5) के अन्तर्गत कर्मचारियों एवं कारखानों/स्थापनाओं का पंजीकरण ।

Sub : Implementation of the ESI Act, 1948. Registration of Employees and factories/establishments U/S/2 (12)-1 (5) of the ESI Act, 1948 as amended.

प्रिय महोदय/या Dear Sirs/Madam

आपको आगे सूचित करना है कि केन्द्रीय सरकार ने क. रा. बी. अधिनियम की धारा 1 (3) के अनुसार अधिसूचित क्षेत्र में स्थित सभी कारखानों अधिनियम के उपबंधों को लागू किया है ।

I have to inform that Under Sec. 1 (3) of the ESI Act, the Central Government has made provisions of the Act applicable to all factories situated within the notified area.

2. आपको आगे सूचित करना है कि उपयुक्त सरकार ने अपनी दिनांक 18-9-78 की अधिसूचना संख्या क. रा. बी. - 1677/3910/पी. एच-14 के द्वारा दिनांक 12-11-1978 से कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम की धारा 1/(5) के अन्तर्गत अन्य स्थापनाओं में भी अधिनियम के उपबंधों को बढ़ा दिया है ।

2. I have further to inform you that the appropriate Government has extended the provisions of the Act to other Establishments Under Sec. 1 (5) of the ESI Act with effect from 12-11-1978 vide notification No. ESI-1677/3910/PH-15 dated 18-9-1978, and to Road Motor Transport Establishments with effect from 13-3-1989 vide Notification No. ESI/2788/2999/CR/350/MED/13 dated 10-3-1989.

3. अधिनियम की धारा 2-क के अनुसार ऐसे कारखाने/स्थापना को स्वयं अधिनियम के अन्तर्गत पंजीकृत करना आवश्यक है और अध्याय IV के अनुसार अधिनियम के अन्तर्गत व्याप्त अपने कर्मचारियों के बारे में अंशदानों की अदायगी का उत्तरदायित्व प्रमुख नियोजक को सुनिश्चित करना है ।

4. आपके द्वारा दी गई सूचना/बीमा निरीक्षक स्था. प्रबंधक द्वारा दिनांक _____ के निरीक्षणोपरान्त दी गई निरीक्षण रिपोर्ट के आधार पर आपका कारखाना/स्थापना दिनांक _____ से अधिनियम की धारा 2-(12)/1-(5) के अन्तर्गत अस्थायी रूप से व्याप्त माना लिया गया है । फिर भी अगर बाद में प्राप्त तथ्यों के आधार पर अगर कारखाना/स्थापना उपरिल्लिखित तारीख से और पहले व्याप्ति योग्य पाया गया हो तो आप उसे पहले की तारीख से ही अधिनियम के उपबंधों का अनुपालन करें ।

4. On the basis of the particulars in respect of your factory/establishment submitted by you/the report of the Inspection conducted by the Insurance Inspector/Local Office Manager on 8/10/2001 your factory/establishment falls within the purview of Section 2(12)/1 (5) of the Act with effect from 1/6/2001 (pm) (Provisionally). 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 provisions of the Act from such earlier date.

5. आपसे निवेदन है कि आप अपने कारखाने/स्थापना की व्याप्ति की तारीख से अधिनियम के अन्तर्गत अपने कर्मचारियों के घोषणापत्र भरकर उन्हें पंजीकृत कराने और उनके अंशदानों को अदा करने तथा तत्संबंधी रिकार्ड रखने आदि का नाम तुरन्त शुरू कर दें ।

5. You are requested to take immediate steps for registration of your Employees by filling in Declaration forms and payment of contributions, maintenance of records etc. from date of coverage of your factory/establishment under the Act.

6. आपकी सुविधा के लिए आपके स्थापना को कोड संख्या 31 _____ आंबटित की गई है, जिसे आप इस कार्यालय को भेजे जाने वाले हर पत्र पर और सभी फार्मों में निर्धारित स्थान पर अवश्य लगाने की कृपा करें आपके कर्मचारियों के पंजीकरण एवं अन्य सुविधायें दिलाने हेतु _____ पर स्थित निगम के स्थानीय कार्यालय को आवश्यक अनुदेश दे दिए गए हैं । अगर इस योजना के तहत प्राप्त सुविधाओं में कोई कठिनाई हो या योजना से संबंधित अन्य किसी भी उद्देश्य से आप स्थानीय कार्यालय प्रबन्धक से संपर्क स्थापित कर सकते हैं, जो आपकी हर संभव सहायता करेगा ।

6. For the sake of convenience, your establishment has been allotted Code No. 31 - 35-711-101 which may kindly be used in all communications sent to this office and all forms at the place indicated for the purpose. The Local Office of the Corporation situated at Sakinaka has been instructed to render necessary assistance to you in connection with registration of your employees. In case you find difficulty or for any other purpose which may be necessary in connection with the Scheme, you are requested to contact the Manager of the above Local Office who will render necessary help in the matter.

7. निवेदन है कि बीमा चिकित्सा व्यवसायियों/राज्य बीमा औषधालयों की सूची का अपने कारखाना/स्थापना के कर्मचारियों के बीच व्यापक प्रचार करने की कृपा करें, जिससे वे अपनी सुविधा के अनुसार बीमा चिकित्सा व्यवसायी/राज्य बीमा औषधालयों का चुनाव कर सकें । उपर्युक्त स्थानीय कार्यालय से अपेक्षित फार्म आदि प्राप्त कर सकते हैं, जिससे आपके सभी कर्मचारी संबद्ध हैं ।

7. It is requested that publicity may kindly be given to the list of Insurance Medical Practitioners/State Insurance Dispensaries, in your factory/establishment to enable your employees to choose their State Insurance Dispensaries/Insurance Medical Practitioner. Required forms etc. may please be collected from the Local Office mentioned above, to which all your employees will also be attached.

8. भारतीय स्टेट बैंक के शाखाओं की एक सूची इसके साथ संलग्न है, जो क.रा.बी. अंशदानों को स्वीकार करने के लिए प्राधिकृत किए गए हैं । आप उनमें से किसी एक शाखा को अपनी सुविधा के अनुसार चुन सकते हैं, जिसकी सूचना इस कार्यालय को भी दी जानी चाहिए । आप कर्मचारी राज्य बीमा को देय राशि भारतीय स्टेट बैंक की केवल उसी शाखा में जमा करें । अगर आपने इस पत्र के प्राप्त होने के बाद 15 दिनों के अंदर कोई सूचना नहीं दी तो विनिर्दिष्ट बैंक की शाखा, जिसमें आपने अंशदान की राशि जमा की है, आपकी फेक्टरी/स्थापना के लिए "नामित शाखा" मान ली जाएगी ।

8. A list of Bank Branches who are authorised to accept ESI contributions is enclosed. You may kindly 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

9. आपसे यह भी निवेदन है कि कृपया अपने पंजीकृत कार्यालय/मुख्य/शाखा कार्यालयों/गोदामों आदि के बारे में भी जो स्थापना के अहाते से बाहर स्थित है और कर्मचारी राज्य बीमा के 1966 के संशोधन की शर्तों के अनुसार व्याप्ति योग्य है, निम्नलिखित प्रोफार्मा में अपेक्षित सूचना देने की कृपा करें :-

9. Further, you are requested to please arrange to intimate the detailed particulars in respect of your Registered/Head/Branch Office/Godowns, etc outside establishment/premises and coverable in terms of the E.S.I. Amendment 1966 in following proforma.

राज्य/क्षेत्र का नाम Name of State/Region	कस्बे का नाम व पूरा डाक पत्ता जिसमें कार्यालय स्थित है Name of town in which office is situated with full postal Address	कार्यालय अस्तित्व में आने की तारीख Date on which the office came into existence	कर्मचारियों की संख्या No. of Employees	कार्य का स्वरूप Nature of Duty	प्रबंध अधिकर्ता/नियोजक का नाम, पदनाम व पता जिससे संपर्क किया जा सकता है। Name, Designation & address of Managing Agent/Employer who is to be contacted
1	2	3	4	5	6

टिप्पणी : अगर सूचना "कुछ नहीं" है तो भी उपर्युक्त प्रोफार्मा में दिखाये जो इस कार्यालय के रिकार्ड के लिए अपेक्षित है और भविष्य में समय-समय पर इसमें होने वाले परिवर्तनों से भी इस कार्यालय को अवगत कराते रहें ।

Note :- In case the information is 'Nil', the same may be indicated in the above proforma for records of this office and further changes in future may be continued to be reported from time to time.

10. आप से यह भी निवेदन है कि हमारे निरीक्षक को, जो कि कुछ दिनों बाद आपके कारखाने/स्थापना का दौरा करने वाला है, फैक्टरी/स्थापना के शुरू होने की तारीख से सभी आवश्यक रिकार्ड, जिसमें हाजिरी रजिस्टर, मजदूरी रजिस्टर, रोकड बहियाँ, लेजर्स, वाउचर्स इत्यादि उपलब्ध कराने की व्यवस्था करें ।

10. You are also requested to please arrange to produce for verification all the necessary records comprising of Attendance Registers, Wage Registers, Cash Books, Ledger, Vouchers etc. since the inception of the factory/establishment before our Inspector who will be visiting in due course.

11. करा.बी. अधिनियम, 1948 के कर्तव्यों और दायित्वों के लिए निगम के अधिकारी/कर्मचारी आपकी आवश्यक एवं अपेक्षित सहायता करने में प्रसन्नता का अनुभव करेंगे और मुझे पूरा विश्वास है कि आप अपनी तरफ से करा.बी. अधिनियम के प्रावधानों और विनियमों के समायानुसार और तत्परता से अनुपालन करेंगे ।

11. The Corporation Officials would be pleased to render all necessary and possible assistances to you in discharging your duties and obligations under the ESI Act, 1948 and I am confident of prompt and timely compliance with the provisions of the ESI Act and regulations on your part.

12. इस सम्बन्ध में आगे का पत्र व्यवहार आप बीमा शाखा _____ से करेंगे, जिससे आप प्रशासकीय सुविधा हेतु संबद्ध किए गए है ।

12. Further correspondence in this regard may be made with the Insurance Branch Ins III skomaro whom you are attached for administrative convenience.

13. आप से यह भी निवेदन है कि आप संलग्न 0-1 फार्म/परिशिष्ट को पूरी तरह भरकर और हस्ताक्षर करके तुरन्त इस कार्यालय में जमा कर दें ।

13. You are also requested to submit to this office enclosed 0-1 form/Annexure duly filled in and signed, immediately.

15. कृपया नियोजत गाइड संबंधित स्थानीय कार्यालय से प्राप्त करें ।
15. Please collect Employers' Guide from the concerned Local Office Manager.

भवदीय, Yours faithfully,

उप निदेशक Dy. DIRECTOR
कृते क्षेत्रीय निदेशक For REGIONAL DIRECTOR

सहायक क्षेत्रीय निदेशक,

क. रा. बी. निगम. मुंबई - 7.

P. M. 31.11.11

ASSISTANT REGIONAL DIRECTOR.

F. S. 1. 0. MUMBAI-13.

अनुलग्नक :- यथोपरि Encl : As stated above

1. भारतीय स्टेट बैंक की सूची List of S.B.I.

प्रतिलिपि सूचना एवं आवश्यक कार्रवाई के लिए प्रेषित :- Copy for information and necessary action to :

पंजीकरण शाखा/103-ए अनुभाग/निरीक्षण शाखा/प्रविष्टि अनुभाग/स्था. का./प्रबन्धक _____ /

बीमा निरीक्षक _____

R. R. Br./103-A Sec/Inspection Br./Posting Section/Local Office Manager _____ /

Insurance Inspector _____

काम का स्वरूप Nature of work :

कर्मचारियों की संख्या No. of Employees :-

उप निदेशक Dy. DIRECTOR