



भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण

EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4

PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित

PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 469] नई दिल्ली, बृहस्पतिवार, दिसम्बर 6, 2018/अग्रहायण 15, 1940
No. 469] NEW DELHI, THURSDAY, DECEMBER 6, 2018/AGRAHAYANA 15, 1940

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

अधिसूचना

नई दिल्ली, 26 नवंबर, 2016

सं. एन-12/13/1/2016 पी एण्ड डी.—कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, (1948 का 34) की धारा 97 की उप धारा (1) के अंतर्गत प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए कर्मचारी राज्य बीमा निगम, एतद्वारा अधिनियम की धारा 2(9) के अंतर्गत व्याप्त कर्मचारियों के लिए कल्याण उपाय के रूप में जीवनकाल में एक बार, नब्बे (90) दिनों तक नकद क्षतिपूर्ति के रूप में धारा 19 के अंतर्गत "अटल बीमित व्यक्ति कल्याण योजना" राहत, अधिसूचित करता है, जिसका दावा बेरोजगारी रहने की स्थिति में एक अथवा दो समयावधि में तीन माह पश्चात किया जा सकेगा; बशर्त कर्मचारी द्वारा बीमायोग्य रोजगार में दो वर्ष पूर्ण किए होने चाहिए तथा राहत के दावे से तत्काल पूर्ववर्ती प्रत्येक चार लगातार अंशदान अवधि में अठहत्तर (78) दिनों से कम अंशदान न किया हो। यह राहत प्रतिदिन औसत अर्जन के 25 प्रतिशत से अधिक नहीं होगी।

2. बेरोजगारी की आकस्मिकता कदाचार के लिए किसी दंड अथवा अधिवर्षिता अथवा स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति के परिणामस्वरूप नहीं होनी चाहिए।

3. प्रतिदिन औसत अर्जन, चार लगातार अंशदान अवधि के दौरान प्राप्त मजदूरी की कुल राशि को सात सौ तीस (730) दिनों से भाग देने पर होगा।

4. पहचान सामान्यतः विधिवत् सत्यापित अथवा अधिप्रमाणित आधार संख्या युक्त क.रा.बी.निगम डाटा बेस से स्थापित की जाएगी।

5. यह योजना दिनांक 01.07.2018 से प्रभावी मानी जाएगी तथा भुगतान के लिए तीन माह पश्चात देय होगी।

6. बीमाकृत व्यक्ति शपथ पत्र में, अपने आवंटित शाखा कार्यालय को उसके पिछले नियोक्ता द्वारा विधिवत् अग्रेषित फार्म कख-1 (संलग्नक) में अपना दावा प्रस्तुत करेगा / करेगी।

7. यह योजना दो वर्षों की अवधि के लिए प्रायोगिक आधार पर शुरू की गई है।

इस अधिसूचना के संबंध में किसी भी व्यक्ति से प्रकाशन की तिथि से तीस (30) दिनों के भीतर कोई आपत्ति अथवा सुझाव प्राप्त होता है, तो कर्मचारी राज्य बीमा निगम द्वारा उस पर विचार किया जाएगा। यदि कोई आपत्ति तथा सुझाव हों, तो श्री एस. रविचन्द्रन, अपर आयुक्त (यो. एवं वि.) कर्मचारी राज्य बीमा निगम, पंचदीप भवन, सी. आई. जी. मार्ग, नई दिल्ली-110002 (ई-मेल: dir-pnd@esic.nic.in) को संबोधित किए जाएं।

एस. रविचन्द्रन, अपर आयुक्त (यो.व.वि.)

[विज्ञापन-III/4/असाधारण/391/18]

फार्म एबी-1

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
अटल बीमित व्यक्ति कल्याण योजना के अंतर्गत भुगतान के लिए दावा
(20 रु./-के गैर-न्यायिक तथा विधिवत नोटरी किए गए स्साम्प पेपर पर तैयार किया जाए)

मैं.....पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री..... बीमा सं....., आधार सं..... घोषणा करता/करती हूँ कि मैं दिनांक से बेरोजगार हूँ। मैं अटल बीमित व्यक्ति कल्याण योजना के अंतर्गत दिनांक से तक के लिए राहत राशि का दावा करता/करती हूँ।

देय राशि का भुगतान सीधे ही, क.रा.बी. निगम रिकार्ड में पहले से पंजीकृत मेरे बैंक खाते में किया जाए। (निरस्त चेक संलग्न)

मैं आगे यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि :—

1. मैं उपर्युक्त अवधि के दौरान किसी भी लाभपूर्ण रोजगार में नहीं रहा/रही हूँ।
2. मैंने, किसी अन्य अधिनियम के अंतर्गत स्वीकार्य इस प्रकार का अन्य हितलाभ प्राप्त नहीं किया है।
3. मैंने दावा अवधि के दौरान अधिवर्षिता की आयु प्राप्त नहीं की है।
4. मैं, क.रा.बी. अधिनियम की धारा 84 के अंतर्गत दोषी नहीं ठहराया गया हूँ।
5. मेरी बेरोजगारी कदाचार के लिए किसी दंड या अधिवर्षिता या स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति के परिणामस्वरूप नहीं है।
6. मेरी किसी अनुशासनिक कार्रवाई के अंतर्गत बरखास्तगी/सेवा समाप्ति नहीं की गई है।
7. मैं एतद्वारा वचन देता हूँ कि यदि किसी भी समय यह पाया जाता है कि मैं इस राशि को प्राप्त करने का कानूनन हकदार नहीं था, मैं क.रा.बी. निगम द्वारा मांगी गई पूरी राशि लौटा दूंगा।

दिनांक :

स्थान :

दावाकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान
 स्थायी पता

.....
 उस कारखाने/स्थापना का नाम, पता तथा कूट सं.
 जिसमें बेरोजगार होने से पूर्व कार्यरत था।

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
NOTIFICATION

New Delhi, the 26 th November, 2018

No. N-12/13/1/2016-P&D.—In exercise of the powers conferred under sub section (1) of Section 97 of the Employees' State Insurance Act, 1948 (34 of 1948), the Employees' State Insurance Corporation, do hereby notify a relief ATAL BIMIT VYAKTI KALYAN YOJANA under Section 19 of the Act as a welfare measure for employees covered under Section 2(9), in the form of cash compensation up to Ninety (90) days, once in a lifetime, to be claimed after three months in one or more spells for being rendered unemployed; provided the employee should have completed two years of insurable employment and have contributed not less than seventy eight (78) days in each of the four consecutive contribution periods immediately preceding to the claim of relief. The relief shall not exceed twenty five per cent (25%) of the average earning per day.

2. The contingency of unemployment should not have been as a result of any punishment for misconduct or superannuation or voluntary retirement.

3. The average earning per day shall be the total amount of wages received during the four consecutive contribution periods divided by seven hundred and thirty (730) days.

4. The identity shall ordinarily be established from ESIC data base having duly verified or authenticated Aadhar Number.

5. The Scheme shall be treated effective from 01-07-2018 and shall become due for payment after three months.

6. The Insured Person shall furnish his/her claim in an affidavit, the form AB-1 (Annexure) duly forwarded by his last employer to his/her allotted Branch Office.

7. The Scheme is introduced on pilot basis for a period of two years.

Any objection or suggestion, which may be received from any person in respect of this notification within a period of thirty (30) days from the date of publication, will be considered by the Employees' State Insurance Corporation. The objections and suggestions, if any, may be addressed to Shri S. Ravichandran, Addl. Commissioner (P&D), Employees' State Insurance Corporation, Panchdeep Bhawan, C.I.G Marg, New Delhi-110002 (email: dir-pnd@esic.nic.in).

S.RAVICHANDRAN, Addl. Commissioner (P&D)

[ADV.T.-III/4/Exty./391/18]

Form AB-1

EMPLOYEE'S STATE INSURANCE CORPORATION
CLAIM FOR PAYMENT UNDER ATAL BEEMIT VYAKTI KALYAN YOJANA

(To be prepared on Rs 20/- Non-Judicial Stamp paper Duly notorised)

I _____ s/w/d of Sh. _____ Insurance
 No. _____ Aadhaar No. _____ declare that I have been rendered
 unemployed w.e.f. _____. I claim amount of relief under the Atal Beemit Vyakti Kalyan
 Yojana for the period from _____ to _____.

The amount due may be paid to me directly into my bank account already registered in the ESIC records
 (Canceled cheque enclosed).

I further also declare that :-

1. I have not taken up any gainful employment during the above period.
2. I am not in receipt of any other similiary benefit admissible under the provisions of any other enactment.
3. I have not attained the age of superannuation during the period of claim.
4. I have not been convicted under section 84 of ESI Act.
5. My unemployment has not been as a result of any punishment for misconduct or superannuation or Voluntary retirement.
6. I have not been dismissed/terminated under disciplinary action.
7. I hereby undertake to repay the whole amount forthwith on demand by the ESIC, if it is discovered at any time that I was not lawfully entitled to that amount.

Dated :-

Place :-

Signature or Thumb Impression of the Claimant

Permanent Address _____

Name, Address & Code No. of Factory/Estt.

In which Working before becoming unemployed.