

ಕರ್ನಾಟಕ ಕಾರ್ಮಿಕ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂಡಳಿ ಬೆಂಗಳೂರು
KARNATAKA LABOUR WELFARE BOARD BENGALURU
Maternity Assistance for the Organised Workers
ಸಂಘಟಿತ ಮಹಿಳಾ ಕಾರ್ಮಿಕರ ಹೆರಿಗೆ ಭತ್ಯೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ

ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ
ಇತ್ತೀಚಿನ ಭಾವ ಚಿತ್ರ

Instructions/ಸೂಚನೆಗಳು:

Women of beneficiary shall not be given this assistance if she already has two living children

ಒಂದು ವೇಳೆ ಫಲಾನುಭವಿಯು ಈಗಾಗಲೇ ಎರಡು ಜೀವಂತ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಸಹಾಯಧನವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುವುದಿಲ್ಲ.

Application should be submitted within 6 months of the delivery

ಮಗು ಜನಿಸಿದ 6 ತಿಂಗಳೊಳಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು ಹಾಗೂ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

Applicant Details/ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

Name of the Beneficiary /ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹೆಸರು

Phone Number/ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

Aadhar Number of Beneficiary/ ಫಲಾನುಭವಿಯ ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

Date of Birth/ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:

Beneficiary Address Details/ ಫಲಾನುಭವಿಯ ವಿಳಾಸ ವಿವರಗಳು:

Factory/ Company Details / ಕಾರ್ಖಾನೆ/ ಸಂಸ್ಥೆ ಕಂಪನಿಯ ವಿವರಗಳು:

State/ರಾಜ್ಯ:

District/ಜಿಲ್ಲೆ:

Taluk/ತಾಲ್ಲೂಕು:

Village /Ward/ಗ್ರಾಮ/ವಾರ್ಡ್:

Date of Child Birth/ ಮಗುವಿನ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:

Gender/ ಲಿಂಗ:

Place of Birth/ ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ಸ್ಥಳ:

Claim sought for the delivery of the Child/ ಎಷ್ಟನೇ ಮಗುವಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ:

Annexure List

Discharge summary/ ಬಿಡುಗಡೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ:

Proof of Bank account/ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್ ಬುಕ್ಕಿನ ಪ್ರತಿ:

Photo of the mother & child/ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಭಾವ ಚಿತ್ರ:

Date of Birth Proof/ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕದ ದಾಖಲೆ:

Employee Aadhar card xerox/ಫಲಾನುಭವಿಯ ಆಧಾರ್ ಪ್ರತಿ:

SC/ST/OBC/ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ/ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ/ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗ/ ಇತರೆ.

Factory/ Company Id card xerox/ ಕಾರ್ಖಾನೆ/ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಮಿಕ/ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯ ಪ್ರತಿ

Annexure-1

(Fill all the information of the Government Doctor and certify)

Mrs. _____ has given birth first/Second in the Hospital _____ on dated _____ at _____. The mother and the baby have discharged on _____.

The above details provided are true to my consent.

Place:

Date:

Phone Number

Signature and Seal of the Govt. Doctor

Annexure-1

(Fill all the information of the Employer and certify)

Mrs. _____ is working in our organization from the date _____ to _____. The Employee is withdrawing Rupees _____ salary.

According to the Karnataka Labour Welfare Fund Act 1965 7(A) we certify the payment details

Year	online/offline Cheque No/DD/Bank details	Date	Amount
------	--	------	--------

The above details provided are true to my consent.

Place:

Date:

Phone Number:

Employers authorized officer
Designation, Signature and seal

Applicants nationalized bank name _____ branch _____

Account No _____ IFSC Code _____

ಅರ್ಜಿದಾರರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಹೆಸರು _____ ಶಾಖೆ _____

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಐ.ಎಫ್.ಎಸ್.ಸಿ ಕೋಡ್ _____

Declaration

I hereby declare that the particulars Furnished in this form are true to the best of my knowledge.

ಈ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಾನು ಒದಗಿಸಿರುವ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

Place

Date:

Signature of the Applicant /
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ

For Office use only

Application dated _____ and the enclosed documents are correct and satisfied. Therefore Rs _____

Is sanctioned under maternity benefit scheme

Place

Date:

Welfare commissioner
Karnataka Labour Welfare Board