



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Financial Assistance for the treatment of chronic diseases
(Treatment of : Cancer, Brain Tumor, Heart Ailments, Paralysis treatment,
Aids Treatment, Hysterectomy, Liver, Trauma care
(Treatment for Serious wounds/ injuries caused due to accident)

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, W/o :
3. Residential Address :
4. Name of Estt. / Factory :
with Address
5. Designation : Token / Staff No. ESI No.....
6. Bank A/c No. :
Name of the Bank : Branch
7. Ration Card No. : Aadhar No.....
8. Name of the patient :
9. Relationship with the worker : Self / spouse / son / Daughter (un-married).
10. Name of the Chronic Disease :
11. Brief History of the Disease :
12. Name of the hospital with :
Address
13. Expenditure incurred for the treatment Rs :
14. Whether the applicant availed this benefit earlier : Yes / No
15. Date of application :

Note : The workers who are drawing monthly wage Rs. 18,000/- and below are eligible to receive the benefit

Signature of the worker

N.B. :- 1)Application shall be made within 1 year from the date of treatment / operation. 2) Employee, spouse & Children are eligible, 3) Those who are in receipt of benefit under ESI or from the management or under NTR Vidya Seva are not eligible. 4) In case of aids, certificate of hospital / Doctor is enough. Financial assistance under the scheme shall be extended only once in service for each disease.

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Doctor's prescription / Certificate 2) Discharge summary 3) Hospital Bills & Medical Bills 4) Certificate from the management that the applicant did not receive the benefit under E.S.I./Schemes of the Establishment/Factory. 5) Aadhar Card / Ration Card copy 6) NTR Vidya Seva Non - availment certificate.

Declaration by the Employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the said employee completed 6 months of service.

Date : Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

RC No..... Date :.....
It is certified that the above particulars are correct and
sanction of the benefit is recomonded as per the report enclosed.

Date : Signature of ALO &
Office Seal

RC No..... Date :.....
It is certified that the above particulars are correct .

Date : Signature of ACL &
Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

దీర్ఘకాలిక వ్యాధుల చికిత్స కొరకు వైద్య సహాయము

క్యాన్సర్, కిడ్నీ, బ్రెయిన్ ట్యూమర్, గుండె జబ్బులు, పక్షవాతము, ఎయిడ్స్ చికిత్స, గర్భసంచి చికిత్స మరియు ట్రామాకేర్ (ప్రమాదమువలన సంభవించు తీవ్రమయిన గాయాలు కొరకు చికిత్స) పొందుతున్న కార్మికులకు మరియు వారి కుటుంబ సభ్యులకు ఆర్థికసహాయము

ధరఖాస్తుదారుని
ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి/భర్త పేరు
3. ఇంటి అడ్రస్
4. సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
5. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
6. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు బ్యాంకు పేరు
బ్రాంచి
7. రేషనుకార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
8. నెలసరి జీతము / వేతనము.....
9. పేషెంటు పేరు
10. కార్మికునితో గల సంబంధము (కార్మికుడు / భార్య / భర్త / వివాహం కాని కుమార్తె)
11. వ్యాధి పేరు
12. వ్యాధి గురించి క్లుప్తంగా వివరణ
13. చికిత్స పొందిన హాస్పిటల్ పేరు, అడ్రస్
14. చికిత్సకు ఖర్చయిన మొత్తము రూ
15. ఈ సదుపాయమును ఇంతకుముందు పొంది ఉన్నారా లేదా. (అవును / కాదు)
16. ధరఖాస్తు తేది.....

సూచన - కార్మికుని వేతనము రూ. 18,000/- మరియు అంతకు లోపు ఉన్నవారికి మాత్రమే ఈ పథకము వర్తించును.

కార్మికుని సంతకము

సూచి : 1) చికిత్స మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి. 2) కార్మికుడు / కార్మికురాలు , భార్యలేదా భర్త, పిల్లలు అర్హులు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవారి నుండి లేదా ఎన్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పొందినవారు అర్హులు కారు. 4) ఎయిడ్స్ చికిత్సకొరకు డాక్టరు వ్యాధి నిర్ధారణ పత్రము సరిపోతుంది. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పథకము క్రింద కార్మికుడు / కార్మికురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాధి చికిత్స కొరకు ఒకసారి మాత్రమే అర్హులు.

గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్స్ కాపీలు 1) వ్యాధికి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న డాక్టరు సర్టిఫికేట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పిటల్ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుండి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే ధృవీకరణ పత్రము. 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపీ 6) ఎన్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయం పొందలేదని ధృవీకరణ పత్రము.

యజమాని ధృవీకరణ

1) ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు అని ధృవీకరించడమైనది మరియు సంక్షేమ నిధికి చందా రూ. చెక్కు / డి.డి / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది.....
సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కార్మికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది. సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

(Application for Rembursment of Funeral Expenses)

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the applicant :
2. Name of the worker (deceased) :
3. Relationship with the employee :
4. Residential Address :
.....
5. Name of Esst./ Factory with Address :
.....
6. Designation : Token / Staff No. ESI No.....
7. Bank A/c No. :
Name of the Bank :Branch
8. Ration card No. : Aadhar No
9. Monthly Wages / Salary :
10. Date of death :
11. Date of application :

Signature of the Applicant

N.B. :- The Application for sanction of benefit under the scheme shall be made within 6 months from the date of death.

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Death Certificate 2) Aadhar Card / Ration Card.

3) Family members Certificate from the management / Gagetted Officer.

Declaration by the Employer

1. Certified that the deceased worker has worked for our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the deceased worker worked 6 months of service.

Date :

Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

RC No.....

Date :.....

It is certified that the above particulars are correct and
sanction of the benefit is recomonded.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

RC No.....

Date :.....

It is certified that the above particulars are correct

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

మరణించిన కార్మికుని అంత్యక్రియల ఖర్చులకొరకు ధరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

1. ధరఖాస్తు దారుని పేరు
2. మరణించిన కార్మికుని పేరు
3. కార్మికునితో గల సంబంధం
4. ఇంటి అడ్రస్
5. సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
6. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎన్.ఐ నెం
7. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
8. రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
9. నెలసరి జీతము / వేతనము.....
10. మరణించిన తేది
11. ధరఖాస్తు తేది.

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచి: కార్మికుడు మరణించిన సంవత్సరం లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.

గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు :

1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము, 2. రేషన్ కార్డు / ఆధార్ కార్డు నకలు
యజమానిచేగాని గెజిటెడ్ ఆఫీసర్ చేగాని ధృవీకరించిన కుటుంబసభ్యుల ధృవీకరణ పత్రము.

యజమాని ధృవీకరణ

1. మరణించిన కార్మికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను చెక్కు / డి.డి. / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది..... ద్వారారూ
..... సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు మరణించిన కార్మికుడు 6 నెలల కాలము పనిచేసియున్నాడు.

యజమాని సంతకము/సంస్థ ముద్ర/తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ
మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది. సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Application for financial assistance in case of
disability due to accident (Loss of Limbs)

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, W/o :
3. Residential Address :
.....
4. Name of Estt./ Facroty with address :
.....
5. Designation : Token / Staff No. ESI No.....
6. Bank A/c No. :
Name of the Bank :Branch
7. Ration card No. : Aadhar No
8. Date of Accident :
9. Nature of Accident :
10. Date of application :

Signature of the Applicant

N.B. :- 1) The Application for sanction of benefit under the scheme shall be made within one year from the date of accident
2) Disability 25% to 40 % Rs. 1,25,000/-, Disability 41% to 49% Rs. 1,75,000/-, Disability above 50% Rs. 2,50,000/- .

Enclosures : 1) Attested xerox copy of Medical Certificate issued by medical Board
2) FIR / Accident report issued by employer or respective authority

Declaration by the Employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the said employee completed 6 months of service.

Date : Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

RC No.....Date :

It is certified that the above particulars are correct and
sanction of the benefit is recomonded as per the report enclosed.

Date : Signature of ALO &
Office Seal

RC No.....Date :

It is certified that the above particulars are correct

Date : Signature of ACL &
Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

ప్రమాదంలో అంగవైకల్యము కలిగిన కార్మికులకు
ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి/భర్త పేరు
3. ఇంటి అడ్రస్
4. సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు.
మరియు అడ్రస్
5. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
6. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
7. రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
8. నెలసరి జీతము / వేతనము
9. ప్రమాదము జరిగిన తేది
10. ప్రమాద వివరము క్లుప్తంగా
11. ధరఖాస్తు తేది

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచి: 1) ప్రమాదము జరిగిన 1సంవత్సరం లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.

2) అంగవైకల్యం 25% నుండి 40% వరకు రూ. 1,25,000/-,

అంగవైకల్యం 41% నుండి 49% వరకు రూ. 1,75,000/-, అంగవైకల్యం 50% ఆపైన రూ. 2,50,000/-

గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు

1. అంగవైకల్యము గురించి మెడికల్ బోర్డుచే ధృవీకరించబడిన పత్రము

2. FIR / ప్రమాదమునకు సంబంధించి యజమాని లేదా సంబంధిత అధికారి నివేదిక

యజమాని ధృవీకరణ

1) ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నాడు అని ధృవీకరించడమైనది మరియు సంక్షేమ నిధికి చందా

రూ. చెక్కు / డి.డి / చెలాను / రశీదు నెం. తేది.

సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కార్మికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No.....

తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు మరియు నివేదికననుసరించి
వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No.....

తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది.

సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Application for Sanction of Maternity Benefit
for woman worker

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. D/o, W/o :
3. Residential Address :
.....
4. Name of Estt./ Factory with address :
.....
5. Designation : Token / Staff No. ESI No.....
6. Bank A/c No. :
Name of the Bank :Branch
7. Ration card No. : Aadhar No
8. Monthly Wages / Salary :
9. Date of Delivery :
10. Name of the Doctor & Address :
of the hospital
11. Whether the applicant availed the benefit earlier : (Yes / No)
12. Date of application :

Signature of the Applicant

N.B. :- 1) Application shall be made within one year from the date of delivery 2) Benefit under the scheme is limited up to two children, 3) Employees covered by ESI scheme or any such facility received from the management are not eligible. 4) The workers who are drawing salary / wages Rs. 18,000/- and below are eligible.

Enclosures : 1) Attested Xerox Copies of Delivery certificate from the hospital. 2) Salary Certificate 3) Certificate from the management regarding non- availment of benefits under ESI or provided by the management.

Declaration by the Employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the said employee completed 6 months of service.

Date :

Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

RC No..... Date :.....
It is certified that the above particulars are correct and
sanction of the benefit is recommended.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

RC No..... Date :.....
It is certified that the above particulars are correct

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

ప్రసవించిన మహిళా కార్మికురాలికి
ప్రసూతి సహాయము కొరకు ధరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి/భర్త పేరు
3. ఇంటి అడ్రస్
4. సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
5. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
6. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
7. రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
8. నెలసరి జీతము / వేతనము.....
9. కాన్పు అయిన తేది
10. డాక్టరు / హాస్పిటల్ పేరు
అడ్రసు
11. ఈ సదుపాయమును ఇంతకుముందు పొంది ఉన్నారా? (అవును / కాదు)
12. ధరఖాస్తు తేది.....

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచి: 1) కాన్పు అయిన 1 సం॥లోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. 2) ఇద్దరు పిల్లలవరకు వర్తిస్తుంది, 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యజమాన్యము వారు ఇచ్చు సహాయము పొందినవారు అర్హులు కారు. 3) కార్మికుని నెలసరి వేతనము రూ.18,000/- మరియు అంతకు లోపు ఉన్నవారు అర్హులు. 4) ప్రసవించిన కార్మికురాలికి ఈ పథకము వర్తించును.

గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్స్ కాపీలు : 1) డాక్టర్ / హాస్పిటల్ సర్టిఫికేట్ (ప్రసూతి)
2) ఇ.ఎస్.ఐ మరియు యజమాన్యము నుండి ప్రత్యామ్నాయ వైద్యసహాయము పొందలేదని యజమానిచే ధృవీకరణ పత్రము.
3) కార్మికుని వేతన ధృవీకరణ పత్రము.

యజమాని ధృవీకరణ

1) ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు అని ధృవీకరించడమైనది మరియు సంక్షేమ నిధికి చందా రూ. చెక్కు / డి.డి / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది.....
సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కార్మికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ
మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Application for Family Planning Incentive

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, W/o :
3. Residential Address :
4. Name of Estt. / Factory with Address :
5. Designation : Token / Staff No. ESI No.....
6. Bank A/c No. :
Name of the Bank :Branch
7. Ration card No. : Aadhar No
8. Monthly Wages/salary :
9. Date of operation :
10. Name of the doctor&address of the hospital :
11. Whether the applicant availed this benefit earlier : (Yes / No)
12. Date of application :

Signature of the Applicant

N.B. :- 1). Application for sanction of benefit under the scheme shall be made within one year from the date of operation
2) The benefit under the scheme is available up to two children only, 3) The workers drawing salary / wages more than
Rs. 18,000/- per month are not eligible. 4) Worker or His / Her spous are eligible.
Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Certificate of Family planning operation from the Hospital, Study certificate.
2) Salary Certificate.

Declaration by the Employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the said employee completed 6 months of service.

Date :

Signature of the Employer with seal

OFFICE USE

RC No.....Date :	RC No.....Date :
It is certified that the above particulars are correct and sanction of the benefit is recomonded.	It is certified that the above particulars are correct
Date : Signature of ALO & Office Seal	Date : Signature of ACL & Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

ఆదర్శ కుటుంబ ప్రోత్సాహకం కొరకు ధరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

- కార్మికుని పేరు
- తండ్రి / భర్త పేరు
- ఇంటి అడ్రస్
- సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
- కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
- కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
- రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
- నెలసరి జీతము / వేతనము.....
- ఆపరేషన్ తేది.
- డాక్టరు / హాస్పిటల్ పేరు
అడ్రసు
- ఈ సదుపాయమును ఇంతకుముందు పొంది ఉన్నారా (అవును / కాదు)
- ధరఖాస్తు తేది..... ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచి: 1) ఆపరేషన్ అయిన 1 సం॥లోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. 2) ఇద్దరు కన్నా ఎక్కువ మంది పిల్లలు ఉన్నవారు అర్హులు కారు. 3) రూ. 18,000 (నెలకు) కన్నా ఎక్కువ జీతం పొందువారు అర్హులు కారు. ఈ పథకము కుటుంబ నియంత్రణ ఆపరేషన్ చేయించుకున్న కార్మికునికి / కార్మికురాలుకు మరియు కార్మికుని యొక్క భార్య / భర్తకు వర్తిస్తుంది.

గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్స్ కాపీలు : 1) డాక్టర్ / హాస్పిటల్ సర్టిఫికేట్ 2) ధృవీకరణ పత్రం 3) వేతన ధృవీకరణ పత్రము

యజమాని ధృవీకరణ

1) ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు అని ధృవీకరించడమైనది మరియు సంక్షేమ నిధికి చందా రూ. చెక్కు / డిడి / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది.....
సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కార్మికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది. సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Application for Physically handicaped
children of worker

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, D/o :
3. Residential Address :
4. Name of Estt. / Factory with Address :
5. Designation : Token / Staff No. ESI No.....
6. Bank A/c No. :
- Name of the Bank :Branch
7. Ration card No. : Aadhar No
8. Monthly Wages / salary :
9. Name of the child (Student) :
10. Nature of Disability :
11. Class / Course Studying :
12. Name & Address of the school / College :
13. Date of application :

Signature of the worker

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Disability Certificate Issued by the Medical Board
2) Study Certificate (for current year) 3) Aadhar Card / Ration card copy.

Declaration by the Employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the said employee completed 6 months of service.

Date :

Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

RC No.....Date :	RC No.....Date :
It is certified that the above particulars are correct and sanction of the benefit is recomonded as per the report enclosed.	It is certified that the above particulars are correct
Date :Signature of ALO & Office Seal	Date :Signature of ACL & Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

కార్మికుల పిల్లలకు (వికలాంగులైన) విద్యాప్రోత్సాహం

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి/భర్త పేరు
3. ఇంటి అడ్రస్
4. సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
5. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
6. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
7. రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
8. నెలసరి జీతము / వేతనము.....
9. విద్యార్థి పేరు
10. అంగ వైకల్యము వివరములు
11. చదువుతున్న తరగతి
12. చదువుతున్న పాఠశాల / కళాశాల / విద్యాసంస్థ మరియు అడ్రస్
.....
13. ధరఖాస్తు తేది. కార్మికుని సంతకము / తేది.

గమనిక :- జతపరచవలసినవి (ధృవీకరించిన జిరాక్సుకాపీలు) :

1. మెడికల్ బోర్డువారు జారీచేసిన అంగవైకల్యమును నిర్ధారించే సర్టిఫికేట్
2. స్టడీ సర్టిఫికేట్ (ప్రస్తుతము చదువుచున్న తరగతి)
3. ఆధార్ కార్డు / రేషన్ కార్డు కాపీ

యజమాని ధృవీకరణ

1) ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నాడు అని ధృవీకరించడమైనది మరియు సంక్షేమ నిధికి చందా రూ. చెక్కు / డి.డి / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది.....
సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కార్మికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ
మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది.

సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకం
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Application for Merit Scholarship

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, D/o :
3. Residential Address :
.....
4. Name of Estt. / Factory with Address :
.....
5. Designation : Token / Staff No. ESI No.....
6. Bank A/c No. :
Name of the Bank :Branch
7. Ration card No. : Aadhar No
8. Monthly Wages / salary :
9. Name of the Student (Self/Son/daughter) :
10. Class / Course Studying :
11. Name & Address of the school / College :
12. Particulars of previous 2 years / Present study :
a) Name of the School / College :
b) Class / Course studied :
c) Class / Course Studying :
d) Total Marks obtained & % of marks :
13. Date of application :

Note : The workers who are drawing monthly wage Rs. 18,000/- and below are eligible to receive the benefit

Enclosures : Attested Xerox copy of 1) Marks Memo 2) Study Certificate
3) Salary Certificate, Ration card / Aadhar copy

Signature of the worker

Declaration by the Employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the said employee completed 6 months of service.

Date : Signature of the Employer with seal

OFFICE USE

RC No..... Date :.....
It is certified that the above particulars are correct and
sanction of the benefit is recomended as per the report enclosed.

Date : Signature of ALO &
Office Seal

RC No..... Date :.....
It is certified that the above particulars are correct

Date : Signature of ACL &
Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

మెరిట్ స్కాలర్షిప్ కొరకు దరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

- కార్మికుని పేరు
- తండ్రి/భర్త పేరు
- ఇంటి అడ్రస్
- సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
- కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
- కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
- రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
- విద్యార్థి పేరు
- ప్రస్తుతము చదువుతున్న తరగతి / కోర్సు
- పాఠశాల / కళాశాల పేరు మరియు అడ్రస్
- గత సంవత్సరము చదివిన తరగతి / కోర్సు వివరములు
ఎ) పాఠశాల / కళాశాల పేరు మరియు అడ్రస్
బి) చదివిన / చదువుతున్న తరగతి సి) పొందిన మార్కుల శాతం (%)
- ధరఖాస్తు తేది.....

కార్మికుని సంతకము

సూచన - కార్మికుని వేతనము రూ. 18,000/- మరియు అంతకు లోపు ఉన్నవారికి మాత్రమే ఈ పథకము వర్తించును.

గమనిక :- జతపరచవలసినవి : (ధృవీకరించిన జిరాక్స్ కాపీలు) 1) మార్కుల జాబితా 2) స్టడీ సర్టిఫికేట్ 3) వేతన ధృవీకరణ పత్రము

యజమాని ధృవీకరణ

1) ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నాడు అని ధృవీకరించడమైనది మరియు సంక్షేమ నిధికి చందా రూ. చెక్కు / డి.డి / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది.....
సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కార్మికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ
మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది.

సహాయ కార్మిక కమీషనర్ / సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

MARRIAGE GIFT
(Application for Marriage Gift)



1. Name of the worker

:

2. S/o, W/o

:

3. Residential Address

:

4. Name of Estt. / Factory with Address

:

5. Designation

:

Token / Staff No. ESI No.

6. Bank A/c No.

:

Name of the Bank

:

Branch

7. Ration card No.

:

Aadhar No

8. Monthly Wages/salary

:

9. Details of Children (No.)

:

Sons Daughters

10. Name of the Bride (Daughter/ self)

:

11. Date of Birth

:

Age

12. Date of Marriage

:

Place of Marriage

13. Whether the applicant availed this benefit earlier

:

Yes No

14. Date of application

:

Signature of the worker

N.B. :- The Application shall be made within 6 months from the date of marriage 2) The benefit is applicable for one daughter only. 3) Salary / wages of the worker should not exceed Rs. 18,000 p.m. (Salary certificate from Management)

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Wedding Invitation , 2) Marriage Photo, 3) Age proof certificate, 4) Marriage Certificate issued by authority or employer or Municipal Corporation or Panchayat Head or Religious Head 5) Ration Card / Aadhar copy 6)Salary certificate issued by the management

Declaration by the employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs. has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. : Dated : and the said employee completed 6 months of service.

Date :

Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

RC No.

Date :

It is certified that the above particulars are correct and sanction of the benefit is recomonded as per the report enclosed.

Date :

Signature of ALO & Office Seal

RC No.

Date :

It is certified that the above particulars are correct

Date :

Signature of ACL & Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

వివాహ కానుక

(వివాహ కానుక కొరకు దరఖాస్తు)

ధరఖాస్తుదారుని
ఫోటో

- కార్మికుని పేరు
- తండ్రి / భర్త పేరు
- ఇంటి అడ్రస్
- సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
- కార్మికుని హోదా టౌకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
- కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
- రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు.....
- నెలసరి జీతము / వేతనము.....
- కార్మికుని సంతానము వివరములు (సంఖ్య): కుమారులు కుమార్తెలు
- పెండ్లికుమార్తె పేరు
- పుట్టిన తేది.....
- వివాహ తేది. వివాహము జరిగిన స్థలం
- ఇంతకుముందు ఈ సదుపాయం పొందినారా : అవును / కాదు.
- ధరఖాస్తు తేది

కార్మికుని సంతకం/తేది

సూచి :- 1) వివాహము జరిగిన 6 నెలల లోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. 2) ఒక కుమార్తెకు మాత్రమే ఈ పథకం వర్తిస్తుంది.
3) నెలసరి వేతనము రూ॥ 18,000/- మించి ఉండరాదు.

గమనిక :- జతపరచవలసినవి 1. శుభలేఖ, 2. పెండ్లి ఫోటోలు 3. పెళ్ళి కుమార్తె వయస్సును నిర్ధారించే సర్టిఫికేట్,
4. వివాహ ధృవపత్రము లేదా యాజమాన్యము లేదా ప్రత్యేక అధికారి లేదా మున్సిపల్ కార్పొరేటర్ లేదా పంచాయితీ సెక్రటరీ లేదా గ్రామ కార్యనిర్వహణాధికారి లేదా మతపెద్దలచే వివాహ ధృవీకరణ పత్రము. 5) రేషన్ కార్డు / ఆధార్ కార్డు ప్రతి 6) వేతన ధృవీకరణ పత్రము (యజమాని జారి చేసిన)

యజమాని ధృవీకరణ

1) ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు అని ధృవీకరించడమైనది మరియు సంక్షేమ నిధికి చందా రూ. చెక్కు / డి.డి / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది.....
సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కార్మికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది. సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Application for financial assistance in case of
Accident Death

Affix
Applicant
Photo

- Name of the applicant :
- Relation ship with the employee :
- Name of the Employee (Diseased) :
- Residential Address :
.....
- Name of Estt / Factory with address :
- Designation : Token / Staff No. ESI No.....
- Bank A/c No. :
Name of the Bank :Branch
- Ration card No. : Aadhar No
- Monthly Wages / salary :
- Date of Accident :
- Date of death :
- Nature of Accident :
- Date of application :

Signature of the Applicant

Note :- Proof of Eligibility for Rs. 2 lakhs under (PMSBY) Pradanamantri Suraksha Bhima Yojana
2) Application for sanction of benefit under the scheme shall be made within 1 year from the date of death

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Death Certificate 2) F.I.R. 3) Family Members Certificate issued by authority or the employer or Gazeted officer. 4) Ration Card / Aadhar Card

Declaration by the Employer

1. Certified that the deceased worker has worked for our establishment and welfare fund contribution Rs.
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the deceased worker worked 6 months of service.

Date :

Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

RC No..... Date :

It is certified that the above particulars are correct and
sanction of the benefit is recomonded as per the report enclosed.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

RC No..... Date :

It is certified that the above particulars are correct

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

కార్మికుడు ప్రమాదవశాత్తు మరణించినప్పుడు అత్యవసర
ఆర్థిక సహాయము కొరకు దరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

1. ధరఖాస్తు దారుని పేరు
2. కార్మికునితో గల సంబంధం
3. మరణించిన కార్మికుని పేరు
4. ఇంటి అడ్డన్
5. మరణించిన కార్మికుడు పనిచేసిన సంస్థ / పరిశ్రమ
- మరియు అడ్డన్
6. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎస్.ఐ నెం
7. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
- బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
8. రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు
9. నెలసరి జీతము / వేతనము.....
10. ప్రమాదము జరిగిన తేది
11. మరణించిన తేది
12. ప్రమాద వివరము క్లుప్తంగా
13. ధరఖాస్తు తేది.....

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచిక : 1) ప్రధానమంత్రి సురక్ష భీమా యోజన క్రింద రూ. 2 లక్షలు పొందుటకు అర్హులని తెలియజేయు పత్రము.



2) కార్మికుడు చనిపోయిన 1సం॥ లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.

గమనిక :- జతపరచవలసినవి ధృవీకరించిన జిరాక్స్ కాపీలు : 1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము 2. ప్రమాదమునకు సంబంధించిన రిపోర్టు (FIR)

3. కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రం / రేషన్ కార్డు / ఆధార్ కార్డు జిరాక్స్ కాపీ / యజమానిచే గాని గెజిటెడ్ ఆఫీసరుచేగాని ధృవీకరించిన కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రము.

యజమాని ధృవీకరణ

1. మరణించిన కార్మికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను చెక్కు / డి.డి. / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది..... ద్వారారూ సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు మరణించిన కార్మికుడు 6 నెలల కాలము పనిచేసియున్నాడు.

యజమాని సంతకము/సంస్థ ముద్ర/తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు మరియు నివేదికననుసరించి వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది. సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము ఆఫీసు ముద్ర



ANDHRA PRADESH LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD

Application for financial assistance for Natural Death

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the applicant

:

2. Name of the worker (deceased)

:

3. Relationship with the employee

:

4. Residential Address

:

5. Name of Estt./ Factory with address

:

6. Designation

:

Token / Staff No. ESI No.

7. Bank A/c No.

:

Name of the Bank

:

Branch

8. Ration card No.

:

Aadhar No

9. Monthly Wages / Salary

:

10. Date of death

:

11. Cause of death

:

12. Date of application

:

Signature of the Applicant

N.B. :- The Application for sanction of benefit under the scheme shall be made within one year from the date of death.
Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Death Certificate 2) Family members Certificate issued by any authority or employer or Gazetted officer 3) Ration Card / Aadhar Card

Declaration by the Employer

1. Certified that the deceased worker has worked for our establishment and welfare fund contribution Rs. has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :
Dated : and the deceased worker worked 6 months of service.

Date :

Signature of the Employer with seal

FOR OFFICE USE

<div>RC No. Date :</div> <div>It is certified that the above particulars are correct and sanction of the benefit is recomonded as per the report enclosed.</div> <div>Date : Signature of ALO & Office Seal</div>	<div>RC No. Date :</div> <div>It is certified that the above particulars are correct</div> <div>Date : Signature of ACL & Office Seal</div>
---	---



ఆంధ్రప్రదేశ్ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

సహజమరణ ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని
ఫోటో

1. ధరఖాస్తు దారుని పేరు
2. మరణించిన కార్మికుని పేరు
3. కార్మికునితో గల సంబంధం
4. ఇంటి అడ్రస్
5. సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
6. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు. ఇ.ఎన్.ఐ నెం
7. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు
బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
8. రేషన్ కార్డు నంబరు ఆధార్ నంబరు.....
9. నెలసరి జీతము / వేతనము.....
10. మరణించిన తేది
11. మరణమునకు కారణము
12. ధరఖాస్తు తేది.

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచి : కార్మికుడు మరణించిన సంవత్సరములోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.

గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు :

1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము, 2. రేషన్ కార్డు / ఆధార్ కార్డు 3) యాజమాన్యముచేగాని గెజిటెడ్ ఆఫీసర్చేగాని ధృవీకరించిన కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రము.

యజమాని ధృవీకరణ

1. మరణించిన కార్మికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను చెక్కు / డి.డి. / చెలాను / రశీదు నెం..... తేది..... ద్వారారూ
..... సంవత్సరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు మరణించిన కార్మికుడు 6 నెలల కాలము పనిచేసియున్నాడు.

యజమాని సంతకము/సంస్థ ముద్ర/తేది

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరిస్తూ
మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకరించడమైనది

తేది. సహాయ కార్మిక కమీషనర్ / సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర