#### 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

				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	l 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	₹s :		
14.	Whether the applicant availed thi	s benefit earlier	: Yes / No	
	Date of application			
	te: The workers who are drawing monthly receive the benefit	wage Rs. 18,000/-		ature of the worker
N.E elig cas for c Enc	3.:- 1Application shall be made within 1 ible, 3) Those who are in receipt of benefit e of aids, certificate of hospital / Doctor is e each disease.  Closures: Attested Xerox Copies of 1) Doctor's the management that the applicant did not recy 6) NTR Vidya Seva Non - availment certificate.	under ESI or from nough. Financial as: s prescription / Certific eive the benift under	e of treatment / operation. 2) Employee, the management or under NTR Vidya Se sistance under the scheme shall be extend cate 2) Discharge summary 3) Hospital Bills &	spouse & Children are eva are not eligible. 4) In ded only once in service  Medical Bills 4) Certificate
		•	y the Employer	
	Certified that the applicant is a worker			
	s been paid for the year	•		
Da	ted : and the said emp	oloyee completed	6 months of service.	
Da	te:		Signature of the I	Employer with seal
FOR OFFICE USE				
KC N		e :		Date :
anc	It is certified that the above particular tion of the benefit is recomonded as per the		It is certified that the above particulars	are correct .
Date		ature of ALO &	Date :	Signature of ACL & Office Seal

### దీర్ఘకాలిక వ్యాధుల చికిత్స కొరకు వైద్య సహాయము

క్యాన్సర్, కిడ్ని, 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.	కాల్తకుని పేరు					
2.	త <b>ෙ</b> డ్రి / భర్త పేరు					
3.	ఇంటి అడ్రస్					
4.	సంస్థ / పలశ్రమ పేరు					
	කාවර <b>ා</b>					
5.	కాల్తికుని హోదాటోకెన్/ స్టా	థ్ నంబరు ఇ.ఎస్.ఐ నెం <u>.</u>				
6.	కాల్తికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు	బ్యాంకు పేరు				
	ളാം-ക					
7.	ට්షතා <b>ප</b> ార్డు సంబరు	ఆధార్ సంబరు				
8.	నెలసల జీతము / వేతనము					
9.	పేషెంటు పేరు					
10.	కాల్తికునితో గల సంబంధము (కాల్తికుడు / భార్త, /					
11.	వ్యాభి పేరు					
12.	వ్యాథి గులంచి క్లుప్తంగా వివరణ					
13.	చికిత్య పాందిన హాస్థటల్ పేరు, అడ్రస్					
14.	చికిత్నకు ఖర్చయిన మొత్తము రూ					
15.	ಈ ಸದುವಾಯಮುನು ಇಂತಕುಮುಂದು ವಾಂಬ ಕನ್ನಾರ	ත ව <mark>ේ</mark> යත. (ම <b>නු</b> නා / ප <mark>ಾ</mark> යා)				
16.	<b>ధ</b> రఖాస్తు తేబ	<u> </u>				
సూచన - కార్మికుని వేతనము రూ. 18,000/- మరియు అంతకు లోవు ఉన్నవారికి మాత్రమే ఈ పథకము వర్షించును. కాల్హికుని సంతకము						
	ర – కార్మికుని వేతనము రూ. 18,000/– మరియు అంతకు లోపు ఉన్నవార	ටීకి మాత్రమే ఈ పథకము వర్తించును. <b>కా<u>ల</u>్శకుని సంతకము</b>				
సూచన సు సిం 4) / క	్టాచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ల్లలు అర్హులు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా ఉ ) ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్హికురాలు సల్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికీ	ధరఖాస్తు చెయ్యాలి. 2) కాల్హకుడు / కాల్హకురాలు , భార్యలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటెనవారు అర్హులు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్హకుడు అర్హులు. కి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము.				
సూచన సు సిం 4) / క	ాచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ల్లలు అర్హులు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాలి నుండి లేదా చ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్తికురాలు సల్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికీ విల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎన్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహార	ధరఖాస్తు చెయ్యావి. 2) కాల్మకుడు / కాల్మకురాలు , భార్యలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటెనవారు అర్ములు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్మకుడు అర్ములు. కి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము.				
సూచన సు పిల్ల 4) / క టెకె గ	్లాచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ల్లలు అర్హులు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా ం ఎ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్హికురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికీ విల్లులు, మెడికల్ విల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎన్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ (కింద సహార	ధరఖాస్తు చెయ్యావి. 2) కాల్మకుడు / కాల్మకురాలు , భార్యలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటెనవారు అర్ములు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్మకుడు అర్ములు. కి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము.				
సూచన సు సిం 4) /క క క క 1) ధ	్లాలు: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ల్లలు అర్హులు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా ఉ ఎ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్హికురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికీ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాం యజమాని రరభాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు	ధరఖాస్తు చెయ్యావి. 2) కాల్హకుడు / కాల్హకురాలు , భార్యలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. వి. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్హకుడు అర్హులు. కి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. అని ధృవీకరణ				
సూచన సు పిల్గ 4) / క (జెక్ గ శ్రీ 1) ధ	్లాలు: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ల్లలు అర్హులు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా ఉ ఎ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్హికురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికీ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాం యజమాని రరభాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు	ధరఖాస్తు చెయ్యాలి. 2) కాల్షకుడు / కాల్షకురాలు , భార్యలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్షకుడు అర్హులు. కి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. ఈ ప్రివీకరణ అని ధృవీకరం చుతమునే మలియు సండ్లేము నిభికి చందాలని దృవీకలం చుత్రమైనటి మలియు సండ్లేము నిభికి చందాలం సంత్రీదు నెం				
సూచన సు పిల్గ 4) / క (జెక్ గ శ్రీ 1) ధ	్లాలి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం లోపు ల్లలు అర్ములు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా చ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్కకురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికి బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహార యజమాని రరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు 	ధరఖాస్తు చెయ్యాలి. 2) కాల్షకుడు / కాల్షకురాలు , భార్యలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్షకుడు అర్హులు. కి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. ఈ ప్రివీకరణ అని ధృవీకరం చుతమునే మలియు సండ్లేము నిభికి చందాలని దృవీకలం చుత్రమైనటి మలియు సండ్లేము నిభికి చందాలం సంత్రీదు నెం				
సూచన సు పిల్గ 4) / క (జెక్ గ శ్రీ 1) ధ	్లాంచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం లోపు ల్లలు అర్ములు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా చ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్కకురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధిక్ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహార యజమాని సరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు మాలులు చెల్లుంచడమైనటి మలియు సదరు కాల్ఫిక	ధరఖాన్తు చెయ్యాలి. 2) కాల్మకుడు / కాల్మకురాలు , భార్హలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్మకుడు లర్హులు. పి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న డాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము.  ధృవీకరణ అని ధృవీకరం చడమైనటి మలియు సంక్షేమ నిభికి చందా / రసీదు నెం				
సూచన సు పిల్ల 4) / § 1) ధ మా సంవత్త	్లాంచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ల్లలు అర్ములు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా చ ఎయిడ్స్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్హకురాలు సల్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధిక్ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎన్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహార యజమాని రరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు మాల్లు డిడి / చెలాను / త్యరమునకు చెల్లించడమైనటి మలియు సదరు కాల్హక తేటి.	ధరఖాన్తు చెయ్యాలి. 2) కాల్మకుడు / కాల్మకురాలు , భార్హలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్మకుడు లర్హులు. పి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న డాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము.  ధృవీకరణ అని ధృవీకరం చడమైనటి మలియు సంక్షేమ నిభికి చందా / రసీదు నెం				
సూచన సు సిల్ల 4) / క (1) ధ రూ సంవత్త	ాంచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం లోపు ల్లలు అర్ములు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా ఉ ఎ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్హకురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక : - జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధిక్ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాం యజమాని ప్రరభాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు మాల్లులో చిల్లం త్యరమునకు చెల్లించడమైనటి మలియు సదరు కాల్హక తేటి.	ధరఖాన్ను చెయ్యాలి. 2) కాల్మకుడు / కాల్మకురాలు , భార్హలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్మకుడు లర్హులు. పి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న డాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము.   ధృవీకరణ అని ధృవీకరణ అని ధృవీకలం-చడమైనటి మలియు సంక్షేమ నిభికి చందా / రసీదు నెం				
సూచన సు సిల్ల (4) / కె (1) ధ రూ సంవత్తి	ాంచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం॥ లోపు ల్లలు అర్ములు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా చ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంటి కాల్హకురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక : – జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధిక్ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎన్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ (కింద సహార యజమాని రరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు మాల్లులో మాల్లులో మని చేయు సదరు కాల్హత్ తేది.	ధరఖాస్తు చెయ్యాలి. 2) కాల్మకుడు / కాల్మకురాలు , భార్మలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. పి. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్మకుడు లర్హులు. కి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము.  ధృవీకరణ అని ధృవీకలించడమైనటి మలియు సంక్షేమ నిభికి చందా / రశీదు నెం				
సూచన సు సిల్ల (4) / కె (1) ధ రూ సంవత్తి	ాంచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం లోపు ల్లలు అర్ములు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా చ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్కకురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికే బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహార యజమాని రరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు మాజమాని కేరమునకు చెల్లించడమైనటి మలియు సదరు కాల్ఫిక తేటి.	ధరఖాస్తు చెయ్యాలి. 2) కాల్హకుడు / కాల్హకురాలు , భార్యలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యనీవ క్రింద సహాయము పాంటినవారు అర్హులు కారు. పి. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్హకుడు లర్యులు. పి. చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న దాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని రృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని రృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని రృవీకరణ పత్రము. దృవీకరణ పత్రము. ద్వవీకరణ పత్రము. మం మండు దేవి స్వాట్ చేస్తున్న ద్వవీకరణ పత్రము. మం మండు దేవి స్వాట్ చేస్తున్న సిల్లకి చందా / రసిదు నెం				
సూచన సు సిల్ల (4) / కె (1) ధ రూ సంవత్తి	ాంచి: 1) చికిత్య మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన1సం లోపు ల్లలు అర్ములు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవాల నుండి లేదా చ ఎయిడ్మ్ చికిత్యకొరకు డాక్టరు వ్యాథి నిర్ధారణ పత్రము సలిపోతుంది కాల్కకురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాథి చికిత్య కొరకు ఒకసాల మాత్రమే గమనిక :- జతపరచవలసినవి : ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికే బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుం 5) ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి 6) ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహార యజమాని రరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు మాజమాని కేరమునకు చెల్లించడమైనటి మలియు సదరు కాల్ఫిక తేటి.	ధరఖాన్ను చెయ్యాలి. 2) కాల్మకుడు / కాల్మకురాలు , భార్హలేదా భర్త, ఎస్.టి.ఆర్. వైద్యసేవ క్రింద సహాయము పాంటనవారు అర్హులు కారు. ఏ. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు. 5) ఈ పధకము క్రింద కాల్మకుడు లర్హులు. పి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న డాక్టరు సర్టిఫికెట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పటల్ డి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యజమానిచే దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము. మం పొందలేదని దృవీకరణ పత్రము.   ధృవీకరణ అని ధృవీకరణ అని ధృవీకలం-చడమైనటి మలియు సంక్షేమ నిభికి చందా / రసీదు నెం				



(Application for Rembursment of Funeral Expenses)

Affix

				Applicant
1.	Name of the applicant	:		Photo
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.	10. Date of death :			
11.	11. Date of application :			
			Signatu	re of the Applicant
N.B	B.:- The Application for sanction of bene	fit under the sc	heme shall be made within 6 months f	rom the date of death.
	closures : Attested Xerox Copies of 1			
	3) Family members Certific	cate from the r	nanagement / Gagetted Officer.	
1 (		'	y the Employer	on Do
	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.				
		_		
		_		
	red:and the deceased	_	6 months of service.	
Dat	red:and the deceased	worker worked	6 months of service.	
Dat	ted:and the deceased	worker worked	6 months of service.  Signature of the E  FICE USE  RC No	mployer with seal
Dat	ted:and the deceased	FOR OF	6 months of service.  Signature of the E	mployer with seal
Dat	ted: and the deceased the :  Date :	FOR OF	6 months of service.  Signature of the E  FICE USE  RC No	mployer with seal

మరణించిక కార్మికుని అంత్యక్రియల ఖర్చులకొరకు ధరఖాస్తు

			ఫాటో		
1.	ధరఖాస్తు దారుని పేరు		·		
2.	කර් සිට එක් පාවූ ඡා වී බ්රා				
3.	కాల్షకునితో గల సంబంధం				
4.	ఇంటి అడ్రస్				
5.	సంస్థ/పలశ్రమ పేరు				
	మలియు అడ్రస్				
6.	కాల్హకుని హోదాటోకెన్/స్టే				
7.	- కా <u>ల</u> ్ళకుని బ్యాంక్ అకాంట్ నంబరు				
	బ్యాంకు పేరు				
8.	రేషన్ కార్డు నంబరు	ఆధార్ నంబరు			
9.	నెలసలి జీతము / వేతనము				
10.	කාරසීං-එත් මිඩ				
11.	ధరఖాస్తు తేబి				
	404 ( <u>3</u> 00)	<b>ර්</b> රනංදි	ග් යා සිට		
సూ	వి: కాల్షికుడు మరణించిన సంవత్యరం లోపు ధరఖాగ	බ <u>ූ</u>			
rg	గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కా	పీలు :			
	1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము, 2. రేషన్ కార్డు / ఆధార్ కార్డు నకలు				
	యజమానిచేగాని గెజిటెడ్ ఆఫీసర్ చేగాని దృవీకరించిన	న కుటు౦బసభ్యుల దృవీకరణ పఁతము.			
	యజమాని	దువీకరణ			
1. మఁ	రణించిన కాల్మికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు		s.డి. / చెలాను / ర <i>ැ</i> రదు		
	•				
***************************************		<i>ಯರಣರ ಜನು ತಾ<u>ರ</u>್ವವು</i> ಡು ೮ ನಿಲಲ ತಾಲನ	w an		
	රාසකෟඩ సටతకమා/సටస్థ ముద్ర/తేబ				
కార్యాలయము నిమిత్తము					
RC No		RC No ਰੋੰ	Sa		
	తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకలస్తూ ారు సిఫార్యు చేయడమైనబి.	పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమగి	0		
ම්ඩ.	సహాయ కాల్షిక అభికాలి సంతకము ఆఫీసు ముద్ర		కమీషనర్ సంతకము ఆఫీసు ముద్ర		



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

Affix

				Applicant Photo	
1.	Name of the worker	:		1 110.00	
2.	S/o, W/o	:			
3.	Residential Address	:			
4.	Name of Estt./ Facroty with address	:			
		:			
5.	Designation	:	Token / Staff No ESI I	No	
6.	Bank A/c No.	:			
	Name of the Bank	:	Branch		
7.	Ration card No.	:	Aadhar No		
8.	Date of Accident	:			
9.	9. Nature of Accident :				
10.	10. Date of application :				
			_	e of the Applicant	
N.E	<ul><li>3. :- 1) The Application for sanction of bea</li><li>2) Disability 25% to 40 % Rs. 1,25,000</li></ul>		heme shall be made within one year fro to 49% Rs. 1,75,000/-, Disability above 50		
	nclosures: 1) Attested xerox copy of FIR / Accident report issued by emp		•		
	D	eclaration by	y the Employer		
1.	Certified that the applicant is a worker of	of our establishm	ent and welfare fund contribution Rs.		
ha	s been paid for the year	through Chec	ue / D.D./ Challan / Receipt No. :		
Da	ated : and the said emp	loyee completed	6 months of service.		
Da	Date : Signature of the Employer with seal				
FOR OFFICE USE					
RC		:		Date :	
sand	It is certified that the above particulars ction of the benefit is recomonded as per the		It is certified that the above particulars	are correct	
Date		iture of ALO &	Date :	Signature of ACL & Office Seal	



### ప్రమాదంలో అంగవైకల్యము కలిగిన కార్మికులకు ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తు

			ఫాటో
1.	కాల్షికుని పేరు		
2.	తండ్రి / భర్త పేరు		
3.	ఇంటి అడ్రస్		
4.	సంస్థ / పలశ్రమ పేరు		
	మలియు అడ్ర్మన్		
5.	కాల్హకుని హోదాటోకెన్ / స్టాక్		
6.	కాల్హికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు		
	బ్యాంకు పేరు	బ్రాంచి	
7.	రేషన్ కార్డు సంబరు	ఆధార్ సంబరు	
8.	నెలసలి జీతము / వేతనము		
9.	ప్రమాదము జలగిన తేబి		
10.	ప్రమాద వివరము క్లుప్తంగా		
11.	ధరఖాస్తు తేబి		
<b>鸣</b>	<ul> <li>చి: 1) ప్రమాదము జలగిన 1సంవత్సరం లోపు ధరఖాస్తు</li> <li>2) అంగమైకల్యం 25% నుండి 40% వరకు రూ. 1.25,0</li> <li>అంగమైకల్యం 41% నుండి 49% వరకు రూ. 1,75,0</li> <li>గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీం</li> <li>. అంగమైకల్యము గురించి మెడికల్ బోర్డుచే దృవీకరించబడి</li> <li>2. FIR / ప్రమాదమునకు సంబందించి యజమాని లేదా సంబందించి</li> </ul>	చెయ్యాలి. 200/-, 200/-, అంగవైకల్యం 50% ఆపైన రూ లు కిన పృతము	దారుని సంతకము o. 2,50,000/-
	యజమాని ర	 పృవీకరణ	
	රිජආస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు ල		
<i>പ</i> ഠഖ	త్యరమునకు చెల్లించడమైనది మలియు సదరు కాల్తిక	ഗക 6 ഗലെ ഡഠശ മഗ്പെഡ്ഡ്ഡ്	സ്ട്രൂയ.
	ම්හ.	యజమాని సంతకము	/ సంస్థ ముద్ర / తేబ
కార్యాలయము నిమిత్తము			
		RC No ತೆ	ක
_	లిపిన వివరములు మలియు నివేదికననుసలించి మని ధృవీకలస్తూ మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనది.	పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని	තුනි <b>ඡව</b> ංచడమైనబ
ම්ඩ.	సహాయ కాల్హక అభికాల సంతకము ఆఫీసు ముద్ర		కమీషనర్ సంతకము ఫీసు ముద్ర



# Application for Sanction of Maternity Benefit for woman worker

Affix

				Applicant	
1.	Name of the worker	:		Photo	
2.	D/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.	Monthly Wages / Salary	:			
9.	Date of Delivery	:			
10.	Name of the Doctor & Address	:			
	of the hospital				
11.	Whether the applicant availed the	e benefit earlier	(Yes / No)		
12.	Date of application	:			
NF	3. :- 1) Application shall be made with	nin one vear from	•	e of the Applicant	
up 1	to two children, 3) Employees covere eligible. 4) The workers who are draw	d by ESI scheme	or any such facility received from the	management are	
	closures : 1) Attested Xerox Copies m the management regarding non-				
	[	Declaration by	the Employer		
1. (	Certified that the applicant is a worker	•			
has	been paid for the year	through Cheq	ue / D.D./ Challan / Receipt No. :		
Dat	red : and the said emp	loyee completed	6 months of service.		
Dat	Date : Signature of the Employer with seal				
FOR OFFICE USE					
RC I	No Dat	e :	RC No	Date :	
	It is certified that the above particular		It is certified that the above particulars	are correct	
sand	ction of the benefit is recomonded.				
_			Data	Signature of ACL 9	
Date		nature of ALO & Office Seal	Date :	Signature of ACL & Office Seal	

ప్రసవించిన మహిళా కార్మికురాలికి ప్రసూతి సహాయము కొరకు ధరఖాస్తు

			ఫాటో	
1.	<u> </u>			
2.	తండ్రి / భర్త పేరు			
3.	<b>ფ</b> ටභී <b>ම</b> යු්ිි්			
4.	సంస్థ/పలిశ్రమ పేరు			
	කාවරතා මලි <b>స్</b>			
5.	కాల్షికుని హోదాటోకెన్/స్టే			
6.	<u>පංචූ</u> .ජාති			
	బ్యాంకు పేరు	భాంచి		
7.	ට්ష්බ් <b>ප</b> ෙරු	ఆధార్ సంబరు		
8.	నెలసలి జీతము / వేతనము			
9.	కాన్ను అయిన తేబి			
10.	డాక్టరు / హాస్టటల్ పేరు			
	అడ్రసు			
11.	ఈ సదుపాయమును ఇంతకుముందు పాంది ఉన్నార	ణ? (ම <b>නු</b>		
12.	ಧ <b>ර</b> ಘಾస్ತು	XXanxa	ූ	
ఉన్నన <b>క</b> ొ	ు ఇచ్చు సహాయము పాందినవారు అర్హులు కారు. 3) కాల్తి వారు అర్హులు. 4) ప్రసవించిన కాల్తికురాలికి ఈ పధకము క గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు : 1) 2) ఇ.ఎస్.ఐ మరియు యాజమాన్యము నుండి ప్రత్యామ్నాయ వైద్య 3) కార్మికుని వేతన ధృవీకరణ పత్రము.	రల్తం-చును. దాక్టర్ / హాస్పటల్ సర్టిఫికెట్ ( ప్రసూతి )		
		~ &./.		
1) ස	<b>యజమాని</b> రఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు	•	సంకేమ నిబికి చందా	
	చెక్కు / డి.డి / చెలాను			
	్హరమునకు చెల్లించడమైనది మరియు సదరు కాల్హిక			
	_			
	ම්හ.	యజమాని సంతకమ	ు / సంస్థ ముద్ర / తేబ	
కార్యాలయము నిమిత్తము				
RC No	 ම්ඩ	RC No ਰੋੰ	Sep	
	తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకలస్తూ	పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమగి	)	
మంజ	ారు సిఫార్ను చేయడమైనబి.	_	_	
<u>_</u>		ම්ඩ. సహ <del>ੰ</del> య కా <u>ల</u> ్మక	§	
ම්ඩ.	సహాయ కాల్షిక అభికాల సంతకము ఆఫీసు ముద్ర		్తిఫీసు ముద్ర	



### **Application for Family Planning Incentive**

				Applicant		
1.	Name of the worker			Photo		
2.	S/o, W/o	:				
0.	reorder narrode					
1	Name of Estt. / Factory with Address					
4.	Name of Esti. / Factory with Address					
_	5					
5.	Designation		Token / Staff No ESI			
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 hospit	al:				
11.	Whether the applicant availed this	benefit earlie	r : (Yes / No)			
12.	. Date of application	:				
			Signatu	re of the Applicant		
2) T	he benefit under the scheme is available up 18,000/- per month are not eligible. 4) Work	to two children	only, 3) The workers drawing salary / wag	•		
	closures: Attested Xerox Copies of 1) alary Certificate.	Certificate of F	amily planning operation from the Hosp	oital, Study certificate.		
	De	eclaration b	y the Employer			
1. (	Certified that the applicant is a worker of	our establishm	nent and welfare fund contribution Rs.			
has	been paid for the year	through Che	que / D.D./ Challan / Receipt No. :			
Dat	ted:and the said emplo	yee completed	6 months of service.			
Dat	Date : Signature of the Employer with seal					
OFFICE USE						
RC N	o Date :.		RC No D	ate:		
	It is certified that the above particulars a		It is certified that the above particulars a	are correct		
sanct	ion of the benefit is recomonded.					
Date		ure of ALO & ce Seal	Date :	Signature of ACL & Office Seal		



ఆదర్శ కుటుంబ బ్రోత్సాహకం కొరకు దరఖాస్తు

			ఫాటో	
1.	కాల్హికుని పేరు			
2.	తండ్రి/ భర్త పేరు			
3.	<b>ఇංභී ම</b> යුති			
4.	సంస్థ/పలశ్రమ పేరు			
	మలియు అడ్రస్			
5.	కాల్హకుని హోదాటోకెన్/ నే	్ట్రాఫ్ సంబరు ఇ.ఎస్.ఐ నెం	)	
6.	కాల్హికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ సంబరు			
	బ్యాంకు పేరు	బ్రాంచి		
7.	రేషన్ కార్డు సంబరు	ఆధార్ సంబరు		
8.	నెలసల జీతము / వేతనము			
9.	ఆపరేషన్ తేబి			
10.	డాక్టరు / హాస్పటల్ పేరు			
	ම <b>ල්</b> ්			
11.	ಈ ಸದುವಾಯಮುನು ಇಂತಕುಮುಂದು ವಾಂದಿ ಕನ್ನ	දූත (అవును / కాదు)		
12.	ధరఖాస్తు తేబ	<b>ර්</b> රන ර	y	
3)	ని: 1) ఆపరేషన్ అయిన 1 సంగ్రిలోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. రూ. 18,000 (నెలకు) కన్నా ఎక్కువ జీతం పాందువారు బంచుకున్న కాల్షికునికి / కాల్షికురాలుకు మలియు కాల్షికు	මර් සං මර් සං මර ස මර සං මර සං මර සං මර සං මර සං මර ස මර සං මර සං ම සං මර සං මර ස මර සං මර සං මර සං මර සං මර ස මර ස මර ස මර ස ම		
<b>医</b> 化	మనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు : 1) దా	క్టర్ / హాస్పటల్ సర్టిఫికెట్ 2) దృవీకరణ పత్రం	3) వేతన దృవీకరణ పఁత్రము	
		)		
	రఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు			
హా రందశ్ర	చేక్కు / డి.డి / చేలాను శ్రరమునకు చెల్లించడమైనబి మలయు సదరు కాల్తి	r/ රජිదు నెంతే కుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున		
	මීඩ.	యజమాని సంతకమ	ు / సంస్థ ముద్ర / తేట	
కార్యాలయమ్ము నిమిత్తము				
RC No		RC No ತೆ	න	
	కెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకలస్తూ ంరు సిఫార్య చేయడమైనది.	పైన తెలిపిన బివరములు వాస్తవమని	්	
ම්ක.	సహాయ కాల్షిక అభికాల సంతకము ఆఫీసు ముద్ర		కమీషనర్ సంతకము ఫీసు ముద్ర	



# 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 ES		
	Bank A/c No.		Tokett/ Stall No		
0.	Name of the Bank		Branch		
7	Ration card No.		Aadhar No		
	, ,				
9.	Name of the child (Student)	:			
10.	Nature of Disability	:			
11.	Class / Course Studying	:			
12.	Name & Address of the school / Co	ollege:			
13.	Date of application	:			
Eno	losures : Attested Xerox Copies of 1)	N Disability Co	•	ature of the worker	
Enc			rtificate issued by the Medical Boa adhar Card / Ration card copy.	ira	
	De	claration by	the Employer		
	Certified that the applicant is a worker of c				
	been paid for the year		·		
Date	ed : and the said employ	yee completed	6 months of service.		
Dat	٠.		Signature of the F	Employer with seal	
Dat	<del>.</del>	FOR OFF		Linployer with Sear	
	FOR OFFICE USE				
RC N				Date :	
sanct	It is certified that the above particulars a ion of the benefit is recomonded as per the re		It is certified that the above particulars	are correct	
Date		re of ALO &	Date :	Signature of ACL & Office Seal	

# 

కార్మికుల పిల్లలకు (వికలాంగులైన) విద్యాప్రోత్సాహం

ధరఖాస్తు దారుగ <del>వ</del>ెఱ్టరో

1.	కాల్త్మకుని పేరు			
2.	త <b>ం</b> డ్రి / భర్త పేరు			
3.	ఇంటి అడ్రస్			
4.	సంస్థ / పలిశ్రమ పేరు			
	మలియు అడ్రెస్			
5.	కాల్షకుని హోదాటోకెన్/స్టే	క్రెఫ్ నంబరు ఇ.ఎస్.ఐ నెం	O	
6.	కాల్తికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు			
	బ్యాంకు పేరు	బ్రాంచి		
7.	రేషన్ కార్డు నంబరు			
8.	నెలసలి జీతము / వేతనము			
9.	విద్యాల్ధ పేరు			
10.	<b>െ</b> ററ്			
11.	- చదువుతున్న తరగతి			
12.	చదువుతున్న పాఠశాల / కళాశాల / విద్యాసంస్థ మలియ	ు అడ్రసు		
13.	ధరఖాస్తు తేబ <mark>.</mark>	<u> </u>	ාහ సంతకము / తేబ.	
RF	గమనిక :- జతపరచవలసినవి (ధృవీకరించిన జిరాక్సుకాకీ	ာဃ) :	,	
	<ol> <li>మెడికల్ బోర్డువారు జారీచేసిన అంగవైకల్యమును నిర్థారించే సర్పిఫికెట్ 2. స్టడీ సర్టిఫికెట్ (బ్రస్తుతము చదువుచున్న తరగతి)</li> <li>ఆధార్కార్డు / రేషన్కార్డు కాపి</li> </ol>			
	యజమాని	 ధృవీకరణ		
	రళాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు	මත		
	చెక్కు / డి.డి / చెలాను కనకు కేసిన కనిపేషణ కుణ్యాలు సనకు కాణ	_		
ಎ೦ವ <u>ಿ</u>	శ్ధరమునకు చెల్లించడమైనబి మలియు సదరు కా <u>ల</u> ్తి:	නයා 6 බවව බාටයි බහිඩිරාගස්ග	രത്ടൂദ്ധ.	
	ම්ඩ.	యజమాని సంతకము	) / సంస్థ ముద్ర / తేబి	
<u>కార్యాలయము</u> నిమిత్తము				
RC No		RC No ਰੌ	Se	
	ತಿರಿಪಿನ ವಿವರಮುಲು ವಾಸ್ತವಮನಿ ಧೃಶಿಕರಿಸ್ತು	పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమగి	)	
ഡ <b>ാ</b> ജ	<del>ත</del> රා			
ම්ඩ.	సహాయ కాల్హిక అభికాలి సంతకము	මීඩ. సహాయ కాక్త	ූු	
	ఆఫీసు ముద్ర	6	శిఫీసు ముద్ర	



#### **Application for Merit Scholarship**

Affix Applicant Photo

				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 ES	l 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/daught	ter) :			
10.	Class / Course Studying	:			
11.	Name & Address of the school / College	e :			
12.	Particulars of previous 2 years / Prese	nt study :			
	a) Name of the School / College	:			
	b) Class / Course studied	:			
	,				
	d) Total Marks obtained & % of marks	:			
13.	13. Date of application :				
to r	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				
	De	claration by	the Employer		
	Certified that the applicant is a worker of o				
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :					
Dated: and the said employee completed 6 months of service.					
Dat	Date : Signature of the Employer with seal				
OFFICE USE					
RC N	No Date :.		RC No	Date :	
sanc	It is certified that the above particulars a tion of the benefit is recomonded as per the re		It is certified that the above particulars	are correct	
Date		ure of ALO & ce Seal	Date :	Signature of ACL & Office Seal	

## మెరిట్ స్కాలర్షిప్ కొరకు దరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని ముత్త

1.	కాల్షికుని పేరు			
2.	తండ్రి / భర్త పేరు			
3.	ఇంటి అడ్రస్			
4.	సంస్థ / పలశ్రమ పేరు			
	మరియు అడ్ర్రస్			
5.	కాల్షకుని హోదాటోకెన్ / స్టే	్డాఫ్ నంబరు ఇ.ఎస్.ఐ నెం	)	
6.	కాల్షికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు			
	బ్యాంకు పేరు	బ్రాంచి		
7.	రేషన్ కార్డు నంబరు	ఆధార్ నంబరు		
8.	విద్యాల్థి పేరు			
9.	ప్రస్తుతము చదువుతున్న తరగతి / కోర్యు			
10.	పాఠశాల / కళాశాల పేరు మలియు అడ్రసు			
11.	గత సంవత్యరము చదివిన తరగతి / కోర్యు వివరములు	)		
	a) పాఠశాల / కళాశాల పేరు మలియు అడ్రసు			
	<u> </u>		3)	
12.	ధరఖాస్తు తేబ	•		
	_			
			కాల్హికుని సంతకము	
	ర – కార్మికుని వేతనము రూ. 18,000/– మరియు అంతకు లోవు ఉ	. –		
	గమనిక :- జతపరచవలసినవి : (ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు	) 1) మార్కుల జాబిత 2) స్టడీ సర్టిఫికేట్ 3)	వేతన ధృవీకరణ ప(తము	
	యజమాని	ధృవీకరణ		
1) ధ	రఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు	•	సంక్షేమ నిథికి చందా	
රාං		/ රජික බිං తే	න	
సంవశ్	శ్రీరమునకు చెల్లించడమైనబి మలియు సదరు కా <u>ల</u> ్హి	ඡා <b>డා 6 నెలల                                 </b>	న్వాడు.	
	ම්ඩ.	యజమాని సంతకమ	ు / సంస్థ ముద్ర / తేబ	
<u>కార్యాలయము నిమిత్తము</u> 				
	o ම්හම්	RC No ತೆಂ	D	
పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకలస్తూ		పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని	ದృනිకව0-చడమైనబ	
మంజ	శారు సిఫార్ను చేయడమైనది.			
		30 ×444 = 2 × 1	58755E / 57555	
ම්ඩ.	సహాయ కాల్తిక అభికాల సంతకము ఆఫీసు ముద్ర	-	ණිනකුතර් / సంతకము ఫీసు ముద్ర	

/	(A)	MARRIAGE		250		
	(Application for Marriage Gift)  Applicant					
1.	Name of the worker			Applicant Photo		
• •	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	:		√ge		
12.	Date of Marriage	:	Place of Marriage			
13.	Whether the applicant availed this benefit earlier	: Yes	No			
14.	Date of application	:				
			Signa	ture of the worker		
N.E			f marriage 2) The benefit is applicable for one			
En		Wedding Invitation , 2) Municipal Corporation	Marriage Photo, 3) Age proof certificate, 4) N or Panchayat Head or Religious Head	larriage Certificate issued		
		Declaration by	y the employer			
1. (	Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs					
has	has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :					
Da	ted : and the said er	mployee completed	6 months of service.			
Da	Date : Signature of the Employer with seal					
		FOR OFF	ICE USE			
RC N	No Da	ate :	RC No	Date:		
sanc	It is certified that the above particul tion of the benefit is recomonded as per t		It is certified that the above particulars a	are correct		
Date	: Sig	gnature of ALO & Office Seal	Date :	Signature of ACL & Office Seal		



### వివాహ కానుక

(వినాహ కావుక కొరకు దర్శూపు)

	(బివాహా కానుక కొంక	ာ ထဝနားလျှာ)	ಧರಭಾನ್ತುದಾರುಸ			
1.	కాల్తికుగి పేరు		φ.ω			
	తండ్రి / భర్త పేరు					
	_ ఇంటి అడ్రస్					
	సంస్థ / పలిశ్రమ పేరు					
	మలియు అడ్రస్					
5.	కాల్హకుని హోదాటోకెన్/స్టాఫ్	໌) ສວຍరు ຊ. <b>.</b> ຊ ຊ నెర	)			
6.	కాల్హకుని బ్యాంక్ అకౌంట్ సంబరు					
	బ్యాంకు పేరు	బ్రాంచి				
7.	రేషన్ కార్డు నంబరుఆధార్					
8.	నెలసలి జీతము / వేతనము					
9.	కాల్హికుని సంతానము వివరములు (సంఖ్య) : కుమారు	లుకుమార్తెలు				
10	. పెండ్లికుమార్తె పేరు					
11	. పుట్టిన తేబ					
12	2. వివాహ తేది వివాహం	యు జలిగిన స్థలం				
	s. ఇంతకుముందు ఈ సదుపాయం పాందినారా :   (	·				
14	14. ధరఖాస్తు తేటి కాల్హకుని సంతకం/తేటి					
సూచి:- 1) వివాహము జలగిన 6 నెలల లోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. 2) ఒక కుమార్తెకు మాత్రమే ఈ పథకం వల్తిస్తుంది. 3) నెలసల వేతనము రూశి 18,000/- మించి ఉండరాదు. గమనిక :- జతపరచవలసినవి 1. శుభలేఖ, 2. పెండ్లి ఫోటోలు 3. పెళ్ళి కుమార్తె వయస్సును నిర్ధారించే సర్టిఫికెట్, 4. వివాహ ధృవపత్రము లేదా యాజమాన్యము లేదా ప్రత్యేక అధికారి లేదా మున్సిపల్ కార్పొరేటర్ లేదా పంచాయితీ సెక్రటరి లేదా గ్రామ కార్యనిర్వహణాధికారి లేదా మతపెద్దలచే వివాహ ధృవీకరణ పత్రము. 5) రేషన్కార్డు / ఆధార్కార్డు ప్రతి 6) వేతన ధృవీకరణ పత్రము (యజమాని జారి చేసిన)						
యజమాని ధృవీకరణ						
1)	ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో పనిచేయుచున్నారు		సంక్షేమ నిథికి చందా			
	రూ					
సంవత్యరమునకు చెల్లించడమైనబి మలియు సదరు కాల్షికుడు 6 నెలల నుండి పనిచేయుచున్నాడు.						
	తేది. యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర / తేది					
<u>కార్యాలయము నిమిత్తము</u>						
RC	No මීඩ	RC No ತೆ	න			
	తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకలస్తూ ఐజూరు సిఫార్ను చేయడమైనది.	పైన తెలిపిన బివరములు వాస్తవమని	්			
ම්ක	. సహాయ కాల్హిక అభికాలి సంతకము	ම්ඩ. సహాయ కాల్హక	s కమీషనర్ సంతకము			
<u> </u>	. నవాయి కార్హక అధికాల నరితకము ఆఫీసు ముద్ర	ප	ఫీసు ముద్ర			



# Application for financial assistance in case of Accident Death

		Accident D	Death	Affix		
				Applicant Photo		
1.	Name of the applicant	:				
2.	Relation ship with the employee	:				
3.	Name of the Employee (Diseased)	:				
4.	Residential Address	:				
5.	Name of Estt / Factory with address					
6.	Designation	:	Token / Staff No ES	l No		
7.	Bank A/c No.	:				
	Name of the Bank	:	Branch			
8.	Ration card No.	:	Aadhar No			
9.	Monthly Wages / salary	:				
10. Date of Accident :						
11.	11. Date of death :					
12.	12. Nature of Accident :					
13.	Date of application	:				
	t <b>e :-</b> Proof of Eligibility for Rs. 2 lakhs und Application for sanction of benefit under		Pradanamantri Suraksha Bhima Yoja			
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						
	Certified that the deceased worker has wor					
has been paid for the year through Cheque / D.D./ Challan / Receipt No. :  Dated : and the deceased worker worked 6 months of service.						
Dated and the deceased worker worked o months of service.						
Date : Signature of the Employer with seal						
FOR OFFICE USE						
RC N	.C No					
sanc	It is certified that the above particulars a tion of the benefit is recomonded as per the re		It is certified that the above particulars	are correct		
Date		re of ALO & ce Seal	Date :	Signature of ACL & Office Seal		



### కార్మికుడు ప్రమాదవశాత్తు మరణించినప్పుడు అత్యవసర ఆర్థిక సహాయము కొరకు దరఖాస్తు

ధరఖాస్తు దారుని సాట్

			<u>ಘ</u> ಾಟ್		
1.	ූරු කරා				
2.	కాల్హికునితో గల సంబధం				
3.	කාරಣಿಂ-එත් පಾවූුకාහ పేరు				
4.	ఇంటి అడ్రస్				
5.	කාරಣಿಂ යන් පෘවූ ඡාడు పనిచేసిన సంస్థ / పలశ్రమ				
	మలయు అడ్రస్				
6.	కాల్తికుని హోదాటోకెన్ / స్టాఫ్				
7.					
	బ్యాంకు పేరు				
8.	ే రేషన్ కార్డు సంబరుఆధ				
9.	నెలసలి జీతము / వేతనము				
10.	ప్రమాదము జలగిన తేబి				
11.	කාරಣಿo-තත මිඩ				
12.	ప్రమాద వివరము క్లుప్తంగా				
13.	ధరఖాస్తు తేబ				
	ధరఖాస్తు దారుని సంతకము సూచిక: 1) ప్రధానమంత్రి సురక్ష భీమా యోజన క్రింద రూ. 2 లక్షలు పాందుటకు అర్హులని తెలియజేయు పత్రము.  2) కాల్హకుడు చనిపోయిన 1సం. లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.  గమనిక: - జతపరచవలసినవి ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు: 1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము 2. ప్రమాదమునకు సంబందించిన రిపోర్టు (FIR)  3. కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రం / రేషన్ కార్డు / ఆధార్కార్డు జిరాక్స్ కాపీ / యజమానిచే గాని గెజిటెడ్ ఆఫీసరుచేగాని ధృవీకరించిన కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రము.				
యజమాని ధృవీకరణ					
1. మ	్ రణించిన కాల్షికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మలయు సం		.డి. / చెలాను / రశీదు		
	ු මුහ මුහ ව				
యజమాని సంతకము/సంస్థ ముద్ర/తేబ					
<u>కార్యాలయము నిమిత్తము</u> 					
RC No මිනමිනමින					
_	్డ్ తెలిపిన వివరములు మలియు నివేబికననుసలించి పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని దృవీకలించడమైనబి ఇస్తవమని ధృవీకలిస్తూ మంజూరు సిఫార్సు చేయడమైనబి.				
ම්ඩ.	సహాయ కాల్తక అభికాల సంతకము ఆఫీసు ముద్ర		s కమీషనర్ సంతకము భీసు ముద్ర		

	Application for fin	Affix Applicant			
1.	Name of the applicant	:		Photo	
2.	Name of the worker (deceased)	:			
3.	Relationship with the employee	:			
4.	Residential Address	:			
5.	Name of Estt./ Facroty 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.					
Dat	e:		Signature of the E	mployer with seal	
FOR OFFICE USE					
	Date :  It is certified that the above particulars ar ion of the benefit is recomonded as per the rep		RC No D  It is certified that the above particulars a	Pate:are correct	
Date		re of ALO & e Seal	Date :	Signature of ACL & Office Seal	

# సహజమరణ ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తు

			ఫాటో			
1.	ధరఖాస్తు దారుని పేరు					
2.	మరణిం-చిన కాల్షికుని పేరు					
3.	కాల్షికునితో గల సంబంధం					
4.	ఇంటి అడ్రస్					
5.	సంస్థ / పలశ్రమ పేరు					
	మలయు అడ్రెస్					
6.	కాల్షికుని హోదాటోకెన్ / స్మే	్రైఫ్ నంబరు ఇ.ఎస్.ఐ నెం	O			
7.	కాల్హకుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు					
	బ్యాంకు పేరు	బ్రాంచి				
8.	రేషన్ కార్డు నంబరు	ఆధార్ సంబరు				
9.	నెలసలి జీతము / వేతనము					
10.	කරසිං-එත් මිඩ					
11.	మరణమునకు కారణము					
12.	ధరఖాస్తు తేబి					
	ధరఖాస్తు దారుని సంతకము సూచి: కాల్హకుడు మరణించిన సంవత్సరములోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.  [2] గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్సు కాపీలు :  1. మరణ ధృవీకరణ పడ్రము, 2. రేషన్ కార్డు / ఆధార్ కార్డు 3) యాజమాన్యముచేగాని గెజిటెడ్ ఆఫీసర్చేగాని దృవీకరించిన కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పడ్రము.					
	యజమాని ధృవీకరణ					
1. మఁ	రణించిన కాల్హకుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మలియు	ి సంక్షేమ నిభికి చందాను చెక్కు / డి	.డి. / చెలాను / రనీదు			
నెం	ු මින මින	ದ್ವಾರಾరూ				
•••••		කාරಣಿ <del>ර</del> -එన ප <u>ಾව</u> ූకාడు 6 බිමම ප <del>ಾ</del> මැ	ము పనిచేసియున్నాడు.			
	රාසකෞත సంతకము/సంస్థ ముద్ర/తేబ					
కార్యాలయము నిమిత్తము						
RC No		RC No ತೆ	්ව			
	తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని ధృవీకలస్తూ శారు సిఫార్ను చేయడమైనది.	పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమగ	)			
ම්ඩ.	సహాయ కాల్హిక అథికాల సంతకము ఆఫీసు ముద్ర		కమీషనర్ / సంతకము ్ళీసు ముద్ర			