



**Employees State Insurance Corporation**  
**WAGE/CONTRIBUTORY RECORD FOR DIABLEMENT BENEFIT**

**ESIC-32**

Insurance No.

Employer's Code No.

1. Name of injured person.....
2. Local Office to which attached .....
3. Date of entry ..... 4. Date of injury.....
5. Name and Address of employer .....
6. Department ..... Address .....

The wage/contributory record in respect of the above mentioned employee is as under :

Signature & stamp of employer

If injury occurred after commencement of first Benefit period of insured person.	If injury occurred before commencement of the First Benefit Period but after expiry of First Wage Period in the contribution period in which injury occurred.	If injury occurred before commencement of the First Benefit period and before expiry of the first wage period in the contribution period in which injury occurred.
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Benefit period in which the employment injury occurred. From..... to .....</li> <li>2. Contribution period corresponding to benefit period at (1) above From ..... to .....</li> <li>3. Amount of wages paid in respect of (2) above and the No of days for which wages were paid vide Si. No. .... of Return of contribution dated ..... already sent on ..... (i) Rs..... (ii) No. of days .....</li> <li>4. Daily wage i.e..... [i] + [ii]-M .....</li> <li>5. Average Daily wage i.e. <math display="block">\frac{[4] \times 15}{100}</math> .....</li> </ol> <p align="right">Rs.....</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contribution period in which injury occurred. From ..... to .....</li> <li>2. if employed on Time-rate-basis (i) amount of wages which would have been payable to the injured person had he worked on all working days in the first complete wage period ending in the contribution period at (1) above. Rs..... (ii) Whether Monthly/Fortnightly/Weekly/Daily rated Rs.....</li> <li>3. If employed other than time-rate basis (iii) Amount of wages earned during the first complete wage period ending in the contribution period at (1) above Rs..... (i) No. of days in full or part for which he worked for wages at (iii) above Rs.....</li> <li>4. Average daily wage Rs.....</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Amount of wages actually earned or which would have been earned had the injured person worked for a full day on the day of accident.  Rs.....</li> <li>(i) Whether monthly/fortnightly/weekly daily rated  2 Average daily wage Rs.....</li> </ol>

- I. Daily Standard Benefit Rate corresponding to wage Group Rs.....
  - II. Daily rate of Disablement Benefit Rs.....  
Prepared by .....
- Checked by .....

Checked with contribution wage record and found correct.  
 Investigating officer/LOM  
 Approved by .....  
 Manager Branch Office



# कर्मचारी राज्य बीमा निगम

एसिक-32

अपंगता हितलाभ के लिए मजदूरी/अंशदान संबंधी रिकार्ड

बीमा संख्या.....

नियोजक की कोड संख्या.....

1. चोटग्रस्त व्यक्ति का नाम.....
2. स्थानीय कार्यालय जिससे संलग्न है .....
3. प्रविष्टि की तारीख.....
4. चोट लगने की तारीख .....
5. नियोजक का नाम और पता .....
6. विभाग .....
- पता .....

ऊपर उल्लिखित कर्मचारी के संबंध में मजदूरी/अंशदान संबंधी रिकार्ड इस प्रकार है:

नियोजक के हस्ताक्षर और मोहर

क	ख	ग
यदि चोट बीमाकृत व्यक्ति के प्रथम हितलाभ की अवधि शुरू होने के बाद लगी हो।	प्रथम हितलाभ शुरू होने से पहले परन्तु उन अंशदान अवधि में जिसमें चोट लगी होने वाली प्रथम मजदूरी अवधि के समाप्त होने के बाद लगी चोट।	यदि चोट प्रथम हितलाभ अवधि शुरू होने से पहले और उस अंशदान अवधि में जिसमें चोट लगी आने वाली प्रथम मजदूरी अवधि समाप्त होने के पहले लगी हो।
<p>1. वह हितलाभ अवधि, जिसमें रोजगार चोट लगी हो। ..... से .....</p> <p>2. उपर्युक्त (1) में बताई गई हितलाभ अवधि से संबंधित अंशदान अवधि ..... ..... से ..... तक</p> <p>3. उपर्युक्त (2) के संबंध में दी गई मजदूरी की राशि तथा उन दिनों की संख्या जिनके लिए दिनांक ..... को प्रेषित अंशदान विवरणी दिनांक ..... की क्र. संख्या ..... द्वारा मजदूरी की गई। (1) रु..... (2) दिनों की संख्या रु..... (4) दैनिक मजदूरी यानी (i)+(ii) म रु..... 5. औसत दैनिक मजदूरी यानी <math display="block">\frac{[4] \times 15}{100}</math> ..... रु.....</p>	<p>1. अंशदान अवधि, जिसमें चोट लगी..... .....से.....तक</p> <p>2. यदि नियुक्त कर्मचारी समय-दर के आधार पर हो। (i) मजदूरी की वह राशि जोकि चोट ग्रस्त व्यक्ति को उस समय देय हो जबकि उसने उपर्युक्त (i) पर बताई गई अंशदान अवधि में समाप्त होने वाली प्रथम पूर्ण मजदूरी अवधि में सभी कार्य दिवसों में कार्य किया होता रु..... ..</p> <p>(ii) क्या मासिक/पाक्षिक/साप्ताहिक दैनिक आधर पर नियुक्त है? दर.....</p> <p>3. यदि समय दर से भिन्न अन्य आधार पर नियुक्त है तो (i) ऊपर (ii) के अनुसार अंशदान अवधि में समाप्त होने वाली पूरी मजदूरी अवधि के दौरान अर्जित मजदूरी की राशि।</p> <p>4. उन पूरे या आंशिक दिनों की संख्या जिसमें उसने ऊपर 3 (i) पर मजदूरी के लिए कार्य किया।</p> <p>5. औसत दैनिक मजदूरी..... रु. ....</p>	<p>1. मजदूरी की राशि जो वास्तव में अर्जित की या जो उसने तब अर्जित की होती जबकि चोटग्रस्त व्यक्ति ने दुर्घटना के दिन पूरा दिन काम किया। रु.....ए</p> <p>(ii) क्या मासिक/पाक्षिक/साप्ताहिक/दैनिक आधार पर नियुक्त है।</p> <p>2. औसत दैनिक मजदूरी रु.....</p>

[1] मजदूरी ग्रुप के अनुरूप दैनिक मानक हितलाभ दर..... रु.

[2] अस्थायी अपंगता हितलाभ की दैनिक दर.....रु.

तैयार किया .....

जांच की गई.....

अंशदान विवरणी मजदूरी रिकार्ड से जांच की गई तथा सही पाया गया।

जांच अधिकारी

अनुमोदन कर्ता

प्रबन्धक शाखा कार्यालय