



ईएसआईसी कोविड-19 राहत योजना प्रपत्र

कर्मचारी राज्य बीमा निगम



सीआरएस - I

मृतक बीमाकृत व्यक्ति का नाम _____

बीमा संख्या _____

_____ के पुत्र/पत्नी/पुत्री

मृत्यु तिथि _____

अंतिम बार _____ द्वारा _____ के रूप में नियोजित किया गया

दावेदार का
हाल ही का
तस्वीर

मैं/हम, उपरोक्त नामित मृतक बीमित व्यक्ति के आश्रित होने के नाते, एतद्वारा दावा करते हैं और तदनुसार कोविड-19 के कारण उसकी मृत्यु के कारण एसिक कोविड-19 राहत योजना के तहत राहत के लिए आवेदन करते हैं:

| आश्रित का नाम | लिंग, आयु अथवा जन्म वर्ष | आधार संख्या (फोटोकॉपी संलग्न) | मृतक सहित नातेदारी एवं वैवाहिक प्रस्थिति | वर्तमान पता एवं मोबाईल संख्या (यदि उपलब्ध हो) | नाबालिग के मामले में अभिभावक का नाम और आधार संख्या | पिता/पति का नाम | हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान |
|---------------|--------------------------|-------------------------------|--|---|--|-----------------|-----------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

मैं/हम अपने दावे के समर्थन में निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न कर रहे हैं:-

1. स्वर्गीय श्री/श्रीमती/कुम _____ का मृत्यु प्रमाण पत्र (मूल) जारीकर्ता _____।
2. स्वर्गीय श्री/श्रीमती/कुम _____ की कोविड-19 पॉज़िटिव रिपोर्ट (मूल/प्रमाणित प्रति) जारीकर्ता _____।
3. मृतक बीमाकृत की पहचान का प्रमाण (आधार / मतदाता पहचान पत्र / ई-पहचान पत्र मूल रूप में)
4. दावेदारों के आधार की प्रति
5. _____ का जन्म प्रमाण पत्र

घोषणा

1. मैं/हम घोषणा करते हैं कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।
2. मैं/हम यह भी घोषणा करते हैं कि मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार, उपरोक्त मृतक आईपी की मृत्यु के मामले में ईएसआईसी कोविड-19 राहत योजना के तहत राहत का दावा करने का हकदार ऊपर वर्णित को छोड़कर कोई अन्य आश्रित नहीं है।

आश्रित के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
या अभिभावक (नाबालिग के मामले में)

1. _____
(नाम)
2. _____
(नाम)
3. _____
(नाम)
4. _____
(नाम)

अनुप्रमाणन

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर की गई घोषणाएं मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।

प्रमाणित करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर
नाम और पदनाम के साथ मुहर

* सभी वयस्क आश्रितजनों को व्यक्तिगत रूप से हस्ताक्षर करने चाहिए और अवयस्क आश्रितजन के मामले में संरक्षक के हस्ताक्षर होने चाहिए।

** यह प्रमाण पत्र (1) सरकार के राजस्व न्यायिक या मजिस्ट्रेट विभाग के किसी अधिकारी या (2) नगर पालिका आयुक्त या (3) कर्मकार प्रतिकर आयुक्त या (4) ग्राम के मुखिया द्वारा पंचायत की शासकीय मुद्रा लगाकर के या (5) सासद (0) राजपत्रित अधिकारी, या (7) कबिन की स्थानीय समिति/क्षेत्रीय समिति के सदस्य, या (8) शाखा प्रबंधक द्वारा अनुमोदित कोई अन्य उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा किया जायेगा।

महत्वपूर्ण: कोई व्यक्ति चाहे अपने लिये या किसी अन्य व्यक्ति के लिए, प्रसुविधा अभिप्राप्त करने प्रयोजन से मिथ्यायाध्या व्यपदेशन करेगा अपने को अभियोजन के लिए जिम्मेवार उहराएगा तथा 2000/- रुपए तक जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों ही दंड दिए जा सकते हैं।



सीआरएस के तहत पराश्रितता का प्रमाण पत्र

कर्मचारी राज्य बीमा निगम



(पति/पत्नी, बेटा, बेटी और विधवा मां के अलावा किसी अन्य आश्रित द्वारा प्रस्तुत किया जाना है)

)

प्रमाणित किया जाता है कि मैं/हम पूरी तरह/आंशिक रूप से मृतक श्री _____

बीमा संख्या _____ की COVID-19 के कारण उनकी मृत्यु के समय उनके आय पर निर्भर थे।

| क्र. सं. | नाम | पिता / पति का नाम | मृतक से नातेदारी | पता एवं मोबाइल नंबर | हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान | आधार संख्या |
|----------|-----|-------------------|------------------|---------------------|-----------------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त घोषणा मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।

हस्ताक्षर :

पदनाम :

रबड़ की मोहर :

[(i) अवयस्क के मामले में, अभिभावक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान कॉलम (6) में संलग्न किया जाना चाहिए। (ii) इस फॉर्म को निम्नलिखित में से किसी एक प्राधिकरण से सत्यापित करवाया जा सकता है:- (1) सरकार के राजस्व न्यायिक या मजिस्ट्रेट विभाग के किसी अधिकारी या (2) नगर पालिका आयुक्त या (3) कर्मकार प्रतिकर आयुक्त या (4) ग्राम के मुखिया द्वारा पंचायत की शासकीय मुद्रा लगाकर के या (5) सासद (6) विधान सभा के सदस्य, या (7) क रा बी नि की स्थानीय समिति/क्षेत्रीय समिति के सदस्य ।

महत्वपूर्ण: कोई व्यक्ति चाहे अपने लिये या किसी अन्य व्यक्ति के लिए, प्रसुविधा अभिप्राप्त करने प्रयोजन से मिथ्यायाध्या व्यपदेशन करेगा अपने को अभियोजन के लिए जिम्मेवार उहराएगा तथा 2000/- रुपए तक जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों ही दंड दिए जा सकते हैं।

कराबीनि कोविड-19 राहत योजना के तहत राहत के लिए दावा प्रपत्र



कर्मचारी राज्य बीमा निगम



मृत बीमाकृत व्यक्ति का नाम _____

बीमा संख्या _____

दावेदार का
हाल ही का
तस्वीर

मैं _____ उपरोक्त नामित मृतक बीमित व्यक्ति का _____ (रिश्ता) होने के नाते, एतद्वारा ईएसआईसी कोविड-19 राहत योजना के तहत राहत का दावा करता हूं और अनुरोध करता हूं कि मेरे बैंक खाते के विवरण में इलेक्ट्रॉनिक रूप से मुझे राहत का भुगतान किया जाए, जिसका विवरण नीचे दिया गया है:

बैंक का नाम _____

शाखा पता _____

बैंक खाता संख्या _____

एमआईसीआर संख्या _____

आईएफएससी कोड संख्या _____

मैं यह भी घोषणा करता हूं कि:-

- I. मैंने अब तक शादी नहीं की है (केवल मृतक आईपी की बेटी के मामले में लागू)
- II. मैंने 18 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं की है (नाबालिग पुरुष / महिला आश्रित के मामले में लागू)
- III. मैं अभी भी दुर्बल हूं (वैध/गोद लिए गए दुर्बल पुत्र या वैध/गोद ली गई अविवाहित दुर्बल पुत्री के मामले में लागू, जिसने 25 वर्ष की आयु प्राप्त कर ली है। दावे के साथ चिकित्सा निर्देशी का एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए)

दावेदार के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

नाम _____

वर्तमान पता _____

मोबाइल नंबर _____

अभिभावक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

नाम _____

वर्तमान पता _____

मोबाइल नंबर _____

सीआरएस के तहत आश्रितों के हितलाभ के लिए घोषणा और प्रमाण पत्र



कर्मचारी राज्य बीमा निगम



मृत बीमाकृत व्यक्ति का नाम _____

बीमा संख्या _____

मैं, _____, उपरोक्त मृतक बीमाकृत व्यक्ति का _____ होने के नाते और उसका आश्रित होने के नाते, सत्यनिष्ठा से घोषणा करता हूँ: -

- (i) कि मैंने अभी तक शादी नहीं की है। (केवल मृतक आईपी की बेटी द्वारा दिया जाना है)
- (ii) कि मैंने अभी तक अठारह वर्ष की आयु प्राप्त नहीं की है। (केवल एक नाबालिग पुरुष या महिला आश्रित के संबंध में दिया जाना है)
- (iii) कि मैंने पच्चीस वर्ष की आयु प्राप्त कर ली है, लेकिन अभी भी दुर्बल बना हुआ हूँ। (एक वैध/दत्तक सूचना पुत्र या वैध/दत्तक विकलांग पुत्री द्वारा दिया जाना है। निर्दिष्ट प्रमाण पत्र, यदि आवश्यक हो तो संलग्न किया जाना है)

वर्तमान पता : _____

मोबाइल नंबर :- _____

दिनांक : _____

आश्रित का हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान

हस्ताक्षर करने वाले दावेदार के बड़े अक्षरों में नाम

अवयस्क आश्रित के अभिभावक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान _____

अवयस्क आश्रित का नाम _____

आश्रित सहित नातेदारी _____

प्रमाणपत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी _____, _____ के पत्नी/पुत्र/पुत्री इस दिन _____ के _____ दिन जीवित हैं और यह कि ऊपर की गई घोषणाएं मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।

हस्ताक्षर _____

नाम एवं पदनाम सहित मोहर _____

यह प्रमाण पत्र (1) सरकार के राजस्व न्यायिक या मजिस्ट्रेट विभाग के किसी अधिकारी या (2) नगर पालिका आयुक्त या (3) कर्मकार प्रतिकर आयुक्त या (4) ग्राम के मुखिया द्वारा पंचायत की शासकीय मुद्रा लगाकर के या (5) सासद (0) राजपत्रित अधिकारी, या (7) कबीन की स्थानीय समिति/क्षेत्रीय समिति के सदस्य, या (8) शाखा प्रबंधक द्वारा अनुमोदित कोई अन्य उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा किया जायेगा।

सीआरएस - V

शिशिलता प्रमाणपत्र



कर्मचारी राज्य बीमा निगम



यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कुमार. _____ जन्म तिथि / आयु
_____ स्वर्गीय श्री/श्रीमती _____ (आईपी / आईडब्ल्यू, इंस। नहीं।
_____ के पुत्र/पुत्री की आज मेरे द्वारा जांच की गई है और मेरी राय में वह / वह लगातार कमजोर है, जिसके कारण वह
पूरी तरह से अपने पिता / माता की कमाई पर निर्भर था और मेरी राय में उसकी / उसकी शिशिलता उसे जीविका चलाने से रोकती है।
शिशिलता की प्रकृति _____

_____ चिकित्सा निर्देशी

क रा बी निगम _____

दिनांक :

नाम :

मोहर