



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

साप्ताहिक/WEEKLY

प्राधिकार से प्रकाशित  
PUBLISHED BY AUTHORITY

P.S.D  
Per:

सं. 18]

नई दिल्ली, शनिवार, अप्रैल 30-मई 6, 2011 (वैशाख 10, 1933)

No. 18]

NEW DELHI, SATURDAY, APRIL 30-MAY 6, 2011 (VAISAKHA 10, 1933)

इस भाग में भिन्न पृष्ठ संख्या दी जाती है जिससे कि यह अलग संकलन के रूप में रखा जा सके  
(Separate paging is given to this Part in order that it may be filed as a separate compilation)

## भाग III—खण्ड 4

## [PART III—SECTION 4]

[सांविधिक निकायों द्वारा जारी की गई विविध अधिसूचनाएं जिसमें कि आदेश, विज्ञापन और सूचनाएं सम्मिलित हैं]

[Miscellaneous Notifications including Notifications, Orders, Advertisements and Notices issued by  
Statutory Bodies]

भारतीय रिज़र्व बैंक

(गैर बैंकिंग पर्यवेक्षण विभाग)

मुम्बई-400005, दिनांक 16 मार्च 2011

सं. डीएनबीएस 225/सीजीएम(यूएस)-2011--भारतीय रिज़र्व बैंक, जनता के हित में यह आवश्यक समझकर और इस बात से संतुष्ट होकर कि देश के हित में ऋण प्रणाली को विनियमित करने के लिए, बैंक को समर्थ बनाने के प्रयोजन से 22 फरवरी 2007 का अधिसूचना सं. डीएनबीएस-193/डीजी(वीएल)-2007 में अंतर्विष्ट गैर बैंकिंग वित्तीय (जमा राशियां नहीं स्वीकारने या नहीं धारण करने वाली) कम्पनियां विवेकपूर्ण मानदण्ड (रिज़र्व बैंक) निदेश 2007 को संशोधित करना आवश्यक है। भारतीय रिज़र्व बैंक अधिनियम, 1934 (1934 का 2) की धारा 45 अ क द्वारा प्रदत्त शक्तियों और इस संबंध में प्राप्त समस्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए उक्त

निदेश को तत्काल प्रभाव से निम्नवत संशोधित करने का निदेश देता है यथा :--

## 1. पैराग्राफ 2 में संशोधन

उक्त निदेश के उप पैराग्राफ (1) के क्लॉज (viii) के उप क्लॉज (ड.) में निहत "टेलिकम टॉवर्स" को "नेटवर्किंग ऑफ टूकिंग" शब्द के पहले शामिल किया जाए।

## 2. पैराग्राफ 19क में संशोधन

मूदा क्लॉज ( ) को निम्नलिखित से स्थानापन्न वि जाए यथा.,

"(iii) न्यूनतम क्रेडिट रेटिंग "ए" या क्रिसिल, फिट् केयर, इक्रा की समतुल्य रेटिंग या भारतीय रिज़र्व बैंक द्वारा मान्यता प्राप्त रेटिंग एजेंसियों द्वारा प्रदत्त समतुल्य रेटिंग प्राप्त करना होगी"।

उमा सुब्रमणियम  
प्रभारी मुख्य महाप्रबंधक

1-49 GI/2011

(3059)

प्राधिकार से प्रकाशित  
P & D CELL  
वेबसाइट सं. 0/De. 110(M)



**कर्मचारी राज्य बीमा निगम****नई दिल्ली, 30 मार्च, 2011**

संख्या: एन-12/13/2/2010-यो. एवं वि.: जबकि कर्मचारी राज्य बीमा (साधारण) विनियम, 1950 में और संशोधन करने के कतिपय मसौदा विनियम कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 (1948 का 34) की धारा 97 की उप-धारा (1) के अंतर्गत यथा अपेक्षित भारत के राजपत्र के भाग 3, खण्ड 4 दिनांक 26 फरवरी, 2011 में इससे प्रभावित होने वाले सभी व्यक्तियों से, भारत के राजपत्र की प्रतियाँ जिनमें उक्त अधिसूचना प्रकाशित की गई थी जनता को उपलब्ध कराने की तारीख से तीस दिन की अवधि की समाप्ति तक, आपतित्याँ और सुझाव आमंत्रित करते हुए प्रकाशित किए गए थे।

तथा जबकि उक्त राजपत्र की प्रतियाँ 26 फरवरी, 2011 को जनता को उपलब्ध कराई गई थी।

तथा जबकि इस संबंध में किसी व्यक्ति से कोई आपत्ति या सुझाव प्राप्त नहीं हुआ है।

इसलिए अब कर्मचारी राज्य बीमा निगम कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 की धारा 97 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, कर्मचारी राज्य बीमा (साधारण) विनियम, 1950 में और संशोधन करने के लिए एतद्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है:-

- 1) ये विनियम कर्मचारी राज्य बीमा (साधारण) (संशोधन) विनियम, 2011 कहे जाएंगे।
- 2) ये 1 मई, 2011 से लागू होंगे।
- 3) कर्मचारी राज्य बीमा (साधारण) विनियम, 1950 में;

1. मौजूदा विनियम 10(ग) को निम्नलिखित से प्रतिस्थापित किया जाएगा -

"10(ग) - कारखाना/स्थापन, जिस पर यह अधिनियम लागू होता है और जिसे कूट संख्या आबंटित की जा चुकी है, से संबंधित नियोजक कारखाने/स्थापन के पंजीकरण के समय 01 प्रपत्र में प्रस्तुत विवरणों में किसी परिवर्तन की सूचना ऐसे परिवर्तन के दो सप्ताह के भीतर समुचित क्षेत्रीय कार्यालय, उप क्षेत्रीय कार्यालय, प्रभागीय कार्यालय को देगा"।



2. मौजूदा प्रपत्र को निम्नलिखित प्रपत्र से प्रति स्थापित किया जाएगा -

**"प्रपत्र-01"**

1. एकक(कारखाना/स्थापन) का नाम :

पिन कोड संख्या सहित पूरा पता, नगरपालिका वार्ड संख्या (यदि राजस्व गाँव में है, गाँव का नाम, होबली तथा सीमांकन के अन्य सभी विवरण)	दूरभाष संख्या/मोबाइल संख्या तथा ई-मेल पता फैक्स संख्या	क्षेत्राधिकारिक	
		पुलिस थाना	

2. क्रियाकलाप की यथार्थ प्रकृति (किए जाने वाला कार्य/व्यवसाय) :
3. एकक आरंभ करने की तारीख :
4. क) क्या i) एकक का भवन/परिसर किराए पर/निजी/पट्टे पर लिया गया है ।  
ii) एकक की मशीने एवं जुड़नार किराये पर/निजी/पट्टे पर लिये गये हैं :
- ख) क़य/पट्टे की तारीख :
5. कृपया दर्शाएं क) संबंधित विनियामक प्राधिकरण द्वारा जारी पंजीकरण संख्या (कारखाना/स्थापन/दुकान/शैक्षिक एवं चिकित्सा संस्थान)  
ख) भविष्य निधि पंजीकरण संख्या :  
ग) आयकर/सेवा कर/पी ए एन/ जी आई आर सं. :  
घ) बैंक लेखा सं./बैंक का नाम व शाखा :
6. 10/20 या अधिक व्यक्ति नियोजित करने की पहली तारीख (आसन्न नियोक्ताओं के माध्यम से नियोजित व्यक्तियों सहित) :
7. प्रबंधन की प्रकृति (स्वामित्व/साझेदारी/सार्वजनिक लिमि. कम्पनी/ निजी लिमि. कम्पनी/सहकारी संस्था आदि) :

8.

मौजूदा प्रधान नियोक्ताओं के नाम व पते (अर्थात् एकक के स्वामी/साझेदार/प्रबंधन/कार्यकारी निदेशक/अध्यक्ष/सचिव तथा प्रबंधक)	नाम व पदनाम	स्थायी पता	मोबाइल सं. व ई-मेल पते सहित दूरभाष संख्या
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------	-------------------------------------------------

9. पंजीकृत कार्यालयों/मुख्य कार्यालय/शाखा कार्यालयों/विक्रय कार्यालयों/प्रशासनिक कार्यालयों के पते तथा उनमें नियोजित कर्मचारियों की संख्या ।

पूरा पता

नियोजित कर्मचारियों की संख्या

दूरभाष संख्या

10. नियोजित व्यक्तियों की कुल संख्या तथा कर्मचारियों की संख्या जिनकी मजदूरी 15,000/- रुपये प्रति माह से अधिक नहीं हैं

- i) प्रधान नियोक्ता द्वारा  
ii) आसन्न नियोक्ता के माध्यम से (क.रा.बी. कूट संख्या के बिना)  
iii) आसन्न नियोक्ता के माध्यम से (क.रा.बी. कूट संख्या वाले)

.....की स्थिति के अनुसार

प्रधान नियोक्ता के हस्ताक्षर  
(तारीख के साथ)

### घोषणा

मैंने अनुदेश पढ़ लिए हैं तथा एतद्वारा घोषण करता हूँ कि ऊपर दिए गए सभी विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है । ऊपर दी गई सूचना में किसी समय कोई परिवर्तन होने की स्थिति में 15 दिन के भीतर उन परिवर्तनों की सूचना क्षेत्रीय कार्यालय/उप क्षेत्रीय कार्यालय/शाखा कार्यालय को देने का वचन देता हूँ ।

स्थान :

दिनांक :

प्रधान नियोक्ता के हस्ताक्षर  
(तारीख के साथ)

### अनुदेश

1. निम्नलिखित में किसी परिवर्तन के मामलों में निगम के क्षेत्रीय कार्यालय तथा संबंधित शाखा कार्यालय को 7 दिन के भीतर संबंधित दस्तावेजों की वैध प्रतियों के साथ सूचित किया जाएगा:-  
i) कार्य की अवस्थिति, प्रशासन कार्यालय, शाखा कार्यालय, विक्रय कार्यालय आदि का पता ।



- ख. प्रबंधन में परिवर्तन जैसे स्वामित्व से साझेदारी आदि  
 i. मौजूदा पदधारियों में कोई परिवर्तन, नए पदधारियों की सूची तथा उनके स्थायी पते और दूरभाष संख्याओं सहित ।  
 ii. विक्रय/उपहार/पट्टे आदि द्वारा एकक का स्थानांतरण, संबद्ध दस्तावेजों की प्रतियों सहित ।  
 ग. मौजूदा कार्यकलापों में कोई परिवर्तन/परिवर्धन, नए विक्रय कार्यालयों/शाखा कार्यालय आदि का समापन/सृजन ।

2. स्थायी समापन के मामले में इसकी विधिवत सूचना संबद्ध दस्तावेजों के साथ क्षेत्रीय कार्यालय तथा संबंधित शाखा कार्यालय को तुरंत दी जाएगी तथा विवरणी क.रा.बी.(साधारण) विनियम 1950 के विनियम 26(ख) के अनुसार जमा कराई जाएगी ।"

3. मौजूदा प्रपत्र-1 को निम्नलिखित से प्रतिस्थापित किया जाएगा -

### "प्रपत्र-1

### घोषणा प्रपत्र

(कर्मचारी जो क.रा.बी. अधिनियम के अन्तर्गत पहले पंजीकृत नहीं है, के संबंध में प्रस्तुत किया जाएगा)

1.

कर्मचारी का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)	जन्म-तिथि/आयु		लिंग		वैवाहिक स्थिति		
			पुर्लिंग	स्त्रीलिंग	विवाहित	अविवाहित	विदुर/विधवा

2.

निवास स्थान का पूरा पता, पिन कोड सं. दूरभाष/मोबाइल सं. एवं ई-मेल पते सहित	वर्तमान	स्थायी	बैंक विवरण
			बैंक, शाखा का नाम तथा खाता संख्या

3. पिता/पति का नाम : .....

4. नियुक्ति की तारीख : 

--	--	--

 उपचार के लिए चुना गया क.रा.बी. औषधालय 

--

5. नियोक्ता का नाम व पता तथा संबद्ध शाखा कार्यालय (सील लगाएं) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

## 6. मृत्यु के बाद नकद हितलाभों के भुगतान के लिए नामिती का विवरण :

नाम	नामिती से संबंध तथा आयु	स्थायी पता

## 7. परिवार के विवरण :

क्र.सं.	नाम तथा बीमाकृत व्यक्ति से संबंध	जन्म-तिथि तथा आदिनांक आयु	क्या बीमाकृत व्यक्ति के साथ रह रहे हैं	यदि कहीं ओर रह रहे हैं तो राज्य के नाम सहित पता

(बीमाकृत व्यक्ति के अविवाहित होने तथा उसके माता-पिता जीवित न होने के मामले में बीमाकृत व्यक्ति पर पूर्णतया आश्रित उसके अवयस्क भाई अथवा बहन के विवरण दिए जाएं)

## 8. आश्रित माता-पिता की सभी श्रोतों से, यदि कोई हो, कुल मासिक आय कृपया दर्शाएं :

## 9. निःशक्तता व्यक्ति के मामले में कृपया निःशक्तता की प्रकृति तथा इसकी प्रतिशतता का उल्लेख करें (कृपया संबंधित दस्तावेज संलग्न करें) ।

घोषणा

1. मैं अपने परिवार की सदस्यता में किसी भी परिवर्तन की सूचना ऐसे परिवर्तन के 15 दिन के भीतर देने का वचन देता हूँ ।
2. मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर प्रस्तुत किए गए विवरण मेरी अधिकतम जानकारी के अनुसार सत्य हैं ।

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर

प्रधान नियोक्ता अथवा

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के प्रतिहस्ताक्षर (नाम व तारीख के साथ)"

## 4. मौजूदा प्रपत्र-12 को निम्नलिखित प्रपत्र से प्रतिस्थापित किया जाएगा :-



"प्रपत्र-12"नियोक्ता से विनियम 68 के अधीन दुर्घटना रिपोर्ट

दुर्घटना की तारीख :

1. घोटग्रस्त व्यक्ति का नाम, बीमा संख्या
2. विभाग तथा पारी समयावधि
3. क्या वह दुर्घटना के दिन अधिनियम के अधीन कर्मचारी था/थी
4. दुर्घटना का सही समय तथा स्थान
5. चोट की प्रकृति तथा अवस्थिति (सही विवरण दें)
6. चोट की सीमा (साधारण, अस्थिभंग सहित गंभीरता परिणामतः स्थायी निःशक्तता, घातक होने की संभावना)  
अस्पताल में भर्ती/आंतरिक रोगी के रूप में भर्ती नहीं
- 7) क्या दुर्घटना की सूचना कारखाना निरीक्षक को की गई (हाँ/नहीं)
- 8) यदि दुर्घटना कारखाने अथवा स्थापन के परिसर से बाहर घटित हुई है  
क) दुर्घटना का सही स्थान  
ख) उस समय वह कहाँ यात्रा कर रहा था  
ग) दुर्घटना के समय यात्रा के वाहन का विवरण (पंजीकरण संख्या, मेक, क्या वह स्वयं का है आदि)  
घ) क्या वह कार्यालयीन ड्यूटी पर था अथवा कार्य स्थल पर आ रहा था अथवा घर वापस जा रहा था ।  
ड.) क्या एफ आई आर दायर की गई तथा शव-परीक्षा की गई

दुर्घटना रिपोर्ट की तारीख

कारखाने/स्थापन का नाम, कूट संख्या  
तथा पता (मोहर)

नियोजक/प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर"

बी. के. साहू  
बीमा आयुक्त

New Delhi, the 30th March 2011

No. N-12/13/2/2010-P&D: Whereas certain draft regulations further to amend the Employees' State Insurance (General) Regulations, 1950, were published as required under sub-section (1) of section 97 of the Employees' State Insurance Act, 1948 (34 of 1948), in the Gazette of India, Part III, Section 4, dated the 26<sup>th</sup> February, 2011 for inviting objections and suggestions from all persons likely to be affected thereby till the expiry of the period of thirty days from the date on which the copies of the Gazette of India in which the said notification was published, were made available to the public;

And whereas, the copies of the said Gazette were made available to the public on the 26<sup>th</sup> February, 2011;

And whereas no objection or suggestion has been received from any person in this regard;

Now, therefore, in exercise of the powers conferred by section 97 of the Employees' State Insurance Act, 1948, the Employees' State Insurance Corporation, hereby makes the following regulations further to amend the Employees' State Insurance (General) Regulations, 1950, namely: -

- 1) These Regulations may be called the Employees' State Insurance (General) (Amendment) Regulations, 2011.
  - 2) They shall come into force from 1<sup>st</sup> May, 2011.
  - 3) In the Employees' State Insurance (General) Regulations, 1950;
1. The existing regulation 10(C) shall be substituted with the following.-

**"10(C).— Intimation regarding change in particulars submitted at the time of registration of factory/establishment:—** The employer in respect of a



factory/establishment to which this Act applies and to whom a code number has already been allotted, shall intimate to the appropriate Regional Office, Sub-Regional Office, Divisional Office or Branch Office, any change in the particulars furnished in Form 01 at the time of registration of the factory/establishment within two weeks of such change."

2. The existing form-01 shall be substituted with the following form.-

**"FORM - 01**

1. Name of the Unit (Factory / Establishment):

Full address along with Pin Code No., Municipality Ward No. (if in a Rev. Village, Name of the Village, Hobli and all other details of demarcation)	Phone Nos./Mobile No & e-mail address Fax No	Jurisdictional	
		Police Station	

2. Exact nature of activity  
(work / business carried on) :

3. Date of commencement of the Unit: :

4. a) Whether the i) building/premises of the unit  
are hired / owned/ leased. :  
ii) Machinery & Fixtures of the  
unit are hired / owned/ leased. :

b) Date of purchase / lease. :

5. Please indicate a): Reg No Issued by concerned regulatory authority  
(Factory/Establishment /Shop/Educational & Medical Institutions)

b) PF Registration No. :

c) Income Tax/Service Tax/PAN/GIR No. :

d) Bank Account No / Name & Branch of the Bank :

6. First date on which 10/20 or more persons were employed  
(including persons employed through immediate employers) :

7. Nature of management (Proprietorship/Partnership/  
Public Limited Co., / Pvt. Ltd. Co/Co-opp. Society etc.) :

8. :

Names & addresses of the present Principal employers (i.e., Proprietor/Partners/ Managing / Executive Directors / Chairman/ Secretary and the manager of the Unit.)	Names & Designations	Permanent Address	Telephone Nos. including mobile numbers & e-mail address
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-------------------	----------------------------------------------------------

9. Addresses of Registered offices/Head Office/ Branch Office/Sales Offices/Administrative offices and No. of employees employed therein.

Full Addresses

No. of employees employed

Tel. Nos.

10. Total No. of persons employed and No. of Employees whose wages does not exceed Rs.15000/- P.M.

- i) By Principal employer
- ii) Through Immediate Employer (Without ESI Code No)
- iii) Through Immediate Employer (Having ESI Code No)

As on .....

Signature of the Principal Employer  
(along with date)

#### DECLARATION

I have read the instructions and hereby declare that all the particulars given above are true and correct to the best of my knowledge and belief. In case of any change at any time in the information given above, I undertake to intimate those changes, to the RO/SRO/Branch Office within 15 days.

Place:

Date:

Signature of the Principal Employer  
(Along with date)

#### INSTRUCTIONS

1. The Regional Office and the concerned Branch Office of the Corporation shall be informed within 7 days with valid copies of the related documents in cases of any change in



- i. The address of the location of work, administration office, Branch Office, Sales Office etc.
  - b. The change of management like Proprietorship to Partnership etc.
  - i. Any change in the existing incumbents along with list of new incumbents and their permanent addresses and phone numbers.
  - ii. Transfer of the unit by sale/gift/lease etc., along with the copies of connected documents.
  - c. Any change in/ addition to the existing activities, closure of / creation of new Sales offices/ Branch office etc.
2. In case of permanent closure, the same shall be duly intimated along with copies of the connected documents to the Regional Office and the concerned Branch office immediately and the returns shall be submitted in accordance with Regulation 26 (b) of ESI (General) Regulations 1950."
3. The existing form-1 shall be substituted with the following form.-

**"FORM - 1**  
**DECLARATION FORM**

(To be submitted in respect of employee who is not already registered under ESI Act)

1.

NAME OF THE EMPLOYEE (IN BLOCK LETTERS)	DATE OF BIRTH/AGE	SEX		MARITAL STATUS		
		M	F	M	U	W

2.

	Present	Permanent	Bank Details
<b>Full Residential Address including Pin code No.</b>  <b>Phone / Mobile No.</b>  <b>&amp; Email Address</b>			<b>Name of Bank,</b>  <b>Branch and A/C No</b>

3. Father / Husband's Name : .....

4. Date of appointment : 

--	--	--

 ESI Dispensary Chosen for Treatment 

--

5. Name & Address of the Employer  
& the Branch Office to which attached (Affix the Seal) :

.....  
.....  
.....  
.....

6. Details of the Nominee for payment of Cash Benefits after death:

Name	Relationship & age of the nominee	Permanent Address

7. Family Particulars:

Sl.No.	Name & Relationship with the I.P.	Date of Birth & Age as on date	Whether Residing with the I.P.	If Residing elsewhere, Address along with Name of the State

(In case the Insured Person is unmarried and his / her parents are not alive, details of Minor Brother or Sister of the Insured Person wholly dependent on him may be given)

8. Please indicate total monthly Income of dependent parents, if any, from all sources :



9. In case of person with disability, please specify the nature of Disability and its percentage (Please enclose relevant documents).

### **DECLARATION**

1. I undertake to intimate any change in the membership of my family within 15 days of such change.
2. I hereby certify that particulars furnished above are true to the best of my knowledge.

Signature of the I.P.

Countersignature of Principal Employer  
Or Authorised Signatory (along with Name & Date)

4. The existing form-12 shall be substituted with the following form.-

### **"Form-12"**

#### **ACCIDENT REPORT FROM EMPLOYER UNDER REGULATION 68**

DATE OF ACCIDENT:

1. NAME, INSURANCE NO. OF INJURED PERSON
2. DEPARTMENT AND SHIFT HOURS
3. WAS HE / SHE AN EMPLOYEE UNDER THE ACT ON THE DAY OF ACCIDENT
4. EXACT TIME AND PLACE OF ACCIDENT
5. NATURE AND LOCATION OF INJURY(GIVE ACCURATE DETAILS)
6. EXTENT OF INJURY (SIMPLE, GRIEVOUS INVOLVING FRACTURE(S).  
LIKELY TO RESULT IN PERMANENT DISABILITY, FATAL)

HOSPITALISED /NOT HOSPITALISED AS IN-PATIENT

- 7) WHETHER THE ACCIDENT REPORTED TO THE INSPECTOR OF FACTORIES (YES / NO)

**8) IF ACCIDENT OCCURRED OUTSIDE THE PREMISES OF THE FACTORY OR ESTABLISHMENT****A) EXACT SPOT OF THE ACCIDENT****B) WHERE HE WAS TRAVELLING TO AT THAT TIME****C) THE DETAILS OF THE VEHICLE HE WAS TRAVELLING AT THE TIME OF ACCIDENT,  
REGISTRAION NO., MAKE, WHETHER IT IS HIS OWN ETC)****D) WHETHER HE WAS ON OFFICIAL DUTY OR COMING TO WORK PLACE OR  
RETURNING HOME****E) IS FIR LODGED AND ANY POSTMORTEM CONDUCTED****DATE OF ACCIDENT REPORT****NAME, CODE NO. AND ADDRESS  
OF THE FACTORY / ESTABLISHMENT(SEAL)****SIGNATURE OF THE EMPLOYER / AUTHORISED SIGNATORY"****(B.K.SAHU)  
Insurance Commissioner.**