

Welfare Commissioner, M.P. Labour Welfare Board, Bhopal

www.labour.mp.gov.in

LWF CODE A/C :

अभिदाय

प्रारूप-(क)

(नियम (3) (5) देखिये)

(कृपया प्रत्येक अवधि के लिये पृथक से प्रारूप भरें)

क्रमशः 30 जून या 31 दिसम्बर 20..... को कर्मचारियों तथा नियोजकों के अभिदाय का विवरण :-

1. कारखाने/स्थापना का नाम :
2. नियोजक का नाम :
3. कारखाने/स्थापना का वर्ग :
4. कारखाने/स्थापना का वर्ष :
5. कारखाने/स्थापना का पता :
- ई-मेल :
6. कर्मचारियों की कुल संख्या :
- (धारा-2 (3) के अनुसार), जिनके नाम किसी केलेण्डर वर्ष में (अर्थात् जनवरी से दिसम्बर तक) 30 जून कार्य दिवसों को दर्ज रहता है।
7. (क) कर्मचारियों का अभिदाय :
- (10 रु. प्रति कर्मचारी की दर से रु.)
- (ख) नियोजक का अभिदाय :
- (30 रु. प्रति कर्मचारी की दर से रु.)
- (नियोजक का न्यूनतम अभिदाय रूपये 1500/- से कम नहीं होगा।)
8. प्रविष्टी 7 की उप प्रविष्टी
- (क) तथा (ख) का योग रूपये :
9. बैंक क्लियरिंग चार्ज :
- (धारा 9 (7) के अनुसार बैंक से भुगतान की दशा में बैंक क्लियरिंग चार्ज का व्यय नियोजक स्वयं वहन करेगा।)
10. बैंक ड्राफ्ट/बैंक क्रमांक व दिनांक :

तारीख :

नियोजक के हस्ताक्षर
पद, मुद्रा सहित

कल्याण आयुक्त, म.प्र. श्रम कल्याण मण्डल, भोपाल

असंदत्त संचित राशि

प्रारूप-ई

(नियम-33 देखिये)

(कृपया सूची हिन्दी में दो प्रतियों में भेजें)

क्रमशः 31 मार्च / 30 जून / 30 सितम्बर / 31 दिसम्बर 20..... को कर्मचारियों की असंदत्त संचित राशि का विवरण

क्रमांक	कर्मचारी का नाम एवं पद	अवधि	राशि
---------	------------------------	------	------

नियोजक के हस्ताक्षर
पद, मुद्रा सहित