

ورکرزوں ایفیسرز فنڈ

درخواست فارم برائے ڈیتھ گرانٹ

بنیادی معلومات

اکاؤنٹ نمبر	بک کا نام، بک کا کوڈ، بک کا آئی دیس	اکاؤنٹ کا شناختی کارڈ نمبر				
فون نمبر	ادارے کا نام و پتہ	یا سوشل سیکورٹی کارڈ نمبر	یا سوشل سیکورٹی کارڈ نمبر	فون نمبر	فون نمبر	موبائل نمبر
خط و کتابت کے لئے درخواست گزار کا مکمل پتہ	4	3	2	1		
کارکن کی تاریخ وفات	بیوہ/ قانونی وارث کا شناختی کارڈ نمبر	بیوہ/ قانونی وارث کا نام	بچوں کی تعداد میں عمریں			

تصدیق سربراہ صنعتی ادارہ / متعلقہ لیبر آفس / کان کے سربراہ اور متعلقہ ماہر ایسپکٹر

هم تصدیق کرتے ہیں کہ: i) صنعتی کارکن / کان کن کا نام معنی ولدیت ہے ادارے میں درج ذیل کو اکٹ کے مطابق کام کرتا تھا۔

ii) عہدہ متعلق ادارے کا ایک کوئی کشیریکٹ (کسی ایک کوئی کشیریکٹ)

iii) ملکیت ملازمت کل مدت ملازمت

v) تاریخ پھرتو

vii) تاریخ

i)

ii)

iii)

ادارے نے کارکن کا سوشل سیکورٹی یا EOBI کشیریکٹ کو جو حاصل کی ہو) میں دی گئی صنعتی کارکن کی تعریف پر پورا اتر تھا اور یہ کہ ہمارا کیا ہاں نہیں (کسی ایک کوئی کشیریکٹ) (ب) ادارہ فیکٹری ایکٹ 1934/1923 یا کسی ایکٹ کے تحت رجسٹر ہو۔

(درخواست فارم پر متعلقہ افسرکی وساطت سے کسی دوسرے کے دستخط ہرگز قابل قبول نہیں)

نام دستخط لیبر آفس ماہر ایسپکٹر (مکمل نام و عہدہ ظاہر ہو) مورخہ

نام دستخط لیبر آفس ماہر ایسپکٹر (مکمل نام و عہدہ ظاہر ہو) مورخہ

ڈیتھ گرانٹ پالیسی / قواعد / درخواست فارم

المیت:

i) کارکن / کان کن انڈسٹریل ایکٹ 2002 (IRA-2002) میں دی گئی صنعتی کارکن کی تعریف پر پورا اتر تھا ہو۔

ii) کارکن / کان کن کی موت و دوران ملازمت ہوئی ہو اور ڈیتھ گرانٹ کی وصولی کے لئے سروں کی کوئی حد مقرر نہیں۔

iii) ریٹائرڈ کارکن کے اہل خانہ ڈیتھ گرانٹ کی وصولی کی الیت نہیں رکھتے ہاں، جو کارکن 60 سال کی عمر کے بعد بھی فوت ہو گئے ہوں اور ان کی وفات دوران سروں ہو اور ان کے لئے EOBI کی پیش لی جا رہی ہو تو نوں صورتوں میں ڈیتھ گرانٹ وصولی کی جاسکتی ہے۔

iv) جن کارکنوں کا EOBI / سوشل سیکورٹی کارڈ نہ بنا ہو اور ان کے دارثان فیکٹری یا میں اور ادارے کے سربراہ سے گورنگ بادی کے منظور شدہ اشام پر ضمانت دے کر ان کا رکنم کے لئے ہی سہولت حاصل کر سکتے ہیں۔ پیش بک کی کاپی اجمع کروانے کی رسیدہ مسلک کریں۔

v) کارکن EOBI یا سوشل سیکورٹی کے ساتھ رجسٹر ہو اور متعلقہ کارڈ بھی رکھتا ہو تاہم کان کن کے لئے یہ سڑاط ضروری نہیں۔

vi) گورنگ بادی ورکرزوں ایفیسرز فنڈ کے ایسے Worker's Representatives جو صنعتی کارکن کی تعریف پر پورا اتر تھا ہوں ڈیتھ گرانٹ کی وصولی کی الیت رکھتے ہیں۔

vii) تمام قسم کی طبعی و غیر طبعی اموات ڈیتھ گرانٹ کی وصولی کے لئے قابل قبول ہیں۔

طریقہ کار:

ایسے صنعتی کارکن / کان کن جو مندرجہ بالا تمام شرائط پر پورا اتر تھا ہوں ان کے اہل خانہ مجوزہ درخواست فارم پر ڈیتھ گرانٹ کے لئے درخواست دے سکتے ہیں اور ان کو درج ذیل دستاویزات کی تصدیق شدہ نقل فارم کے ساتھ لف کرنا ہوں گی:-

1- کارکن / کان کن کے شناختی کارڈ کی کاپی 2- EOBI یا سوشل سیکورٹی کارڈ کی کاپی 3- نادر اکا جاری کردہ ڈیتھ رجسٹریشن سرٹیکیٹ کی کاپی 4-

5- آجر کی طرف سے ملازمت کا سرٹیکیٹ جو ڈسٹرکٹ لیبر آفس سے تصدیق شدہ ہو کان کن کی صورت میں ماہر ایسپکٹر سے تصدیق ہے

6- کان کن ہونے کی صورت میں 1923 کے وک میں کمپنی سیشن ایکٹ کے تحت معاوضہ کشمکش عدالت کے احکامات کی کاپی 7- متوفی کارکن کے ساتھ قانونی

واراثت ظاہر کرنے کے لئے درج ذیل میں سے کوئی ایک دستاویز کی کاپی لگائیں۔ (الف) ڈسٹرکٹ رجسٹریشن اکٹ کے تصدیق شدہ فارم ب
یا (ب) کارکن کی طرف سے سوشن سیکورٹی کی سہولیات کے حصول کے لئے فیصلی رجسٹریشن کی دستاویزات کی کاپی جو سوشن سیکورٹی سے تصدیق شدہ ہو یا یہود کی طرف سے فیصلی پیش کے
حصول کے لئے EOBI کو جمع کروائے گئے نامزدگی پیپرز کی کاپی۔ 8- فارم میں دیے گئے نمونے کے مطابق اشامپ پیپرز Notary Public/Oath Commissioner
سے تصدیق شدہ بیان حلقوی۔

بیان حلقوی (رہنماؤں/بیوہ/والدین کی طرف سے

ہم ایں ----- حال شناختی کارڈ نمبر ----- رہائش

حلقاً اقرار کرتے ہیں ا کرتا ہوں کہ میرا حقیقی شوہر ابیوی /بیٹا/ بیٹی ----- مورخہ ----- کو انتقال کر گئے ہیں۔

مرحوم ----- میسرز (M/S) ----- بعث مکمل نام و پتہ ----- عرصہ ----- سے بطور ----- مستقل اکٹرکٹ ادیہاڑی دار ملازم تھے اور ان کی ماہنہ اجرت ----- روپے تھی

ہم ایں یہ بھی حلقاً اقرار کرتے ہیں ا کرتا ہوں کہ اس مدین پہلے کبھی ڈیتھ گرانٹ وصول نہیں کی گئی ہے اور نہ ہی پہلے درخواست دے رکھی ہے۔ درخواست فارم میں جو بھی معلومات فراہم کی گئی ہیں تمام درست ہیں۔ اگر کسی سطح پر یہ معلومات غلط ثابت ہوں یا پوشیدہ رکھی گئی ہوں تو اس مدین جتنی رقم وصول کی ہے اس کا دنگناور کرزو ویلفیئر بورڈ اور کرز ویلفیئر فنڈ میں جمع کرواؤں گا/ گی اگے۔

نوٹ: مندرجہ بالا بیان حلقوی 10 روپے کے اشامپ پیپر پر نوٹری پیلک یا اونچ کشنس سے تصدیق شدہ ہو۔

بیان حلقوی (بچوں کی طرف سے

ہم ----- دختر ان، پسر ان ولد ----- مرحوم

ساکن ----- (بعث مکمل موجودہ و مستقل پتہ) ----- یہ کہ ہمارے حقیقی 1- ----- حلقاً اقرار کرتے ہیں: -----

ولد ----- (مرحوم) ولد ----- مورخہ ----- کو انتقال فرمائے گئے ہیں۔ 2- ہمارے والد ----- (مرحوم)

میسرز ----- (بعث مکمل نام و پتہ) میں عرصہ ----- سے بطور ----- مستقل اکٹرکٹ ادیہاڑی دار ملازم تھے۔ اور ان کی ماہنہ بینیادی اجرت ----- روپے تھی۔ 3-

(مرحوم) کے جتنے بھی بقایا جات اور جبات وغیرہ ہیں وہ ہماری حقیقی والدہ محترمہ ----- زوجہ ----- (مرحوم) سکنہ ----- (بعث مکمل موجودہ و

مستقل پتہ) کو دے دیے جائیں، ہمیں اس امر پر کوئی اعتراض نہیں ہے۔ 4- یہ کہ مہانتہ ----- زوجہ ----- (مرحوم) کی حقیقی یہ وہ ہے۔

ہم یہ بھی حلقاً اقرار کرتے ہیں کہ اس مدین پہلے کبھی ڈیتھ گرانٹ وصول نہیں کی گئی ہے اور نہ ہی پہلے درخواست دے رکھی ہے۔ درخواست فارم میں جو بھی معلومات فراہم کی گئی ہیں تمام درست ہیں۔ اگر کسی

سطح پر یہ معلومات غلط ثابت ہوں یا پوشیدہ رکھی گئی ہوں تو ہم نے اس مدین جتنی رقم وصول کی ہے اس کا دنگناور کرزو ویلفیئر بورڈ اور کرز ویلفیئر فنڈ میں جمع کروائیں گے۔

نوٹ: مندرجہ بالا بیان حلقوی 10 روپے کے اشامپ پیپر پر نوٹری پیلک یا اونچ کشنس سے تصدیق شدہ ہو۔
درخواست گزاران:

(تمام دختر ان و پسر ان کے نام اور والدین کا نام بعث مکمل موجودہ پتہ کے ساتھ دستخط یا نشان انگوٹھا)

مزید معلومات اور شکایات کے لئے صوبائی اور کرز ویلفیئر بورڈ اور کرز ویلفیئر فنڈ سے رابطہ کریں

1- سیکریٹری اور کرز ویلفیئر فنڈ ----- 2- سیکریٹری اور کرز ویلفیئر بورڈ سندھ ----- 3- سیکریٹری اور کرز ویلفیئر بورڈ پنجاب، 1/A-F، خیر

بلڈنگ نمبر 02 سڑیت نمبر 39 ماڈل بیا، سکٹر 4-10/G، اسلام آباد 8th فلور، فیصل میرین، 6/A-10، PECHS، شاہراہ فصل، بلاک، علامہ اقبال ناؤں لاہور

کراچی

4- سیکریٹری اور کرز ویلفیئر بورڈ KPK، H# 134، 4th Floor، شاہراہ فصل، بلاک، علامہ اقبال ناؤں لاہور

سیلیا بیٹ ناؤں لیبر ہال، کوئٹہ

091-9211731, St. # 6

CLAIM FOR DEATH GRANT

WORKER NAME: _____

NAME OF THE BENEFICIARY: _____

ACCOUNT NO. OF THE BENEFICIARY: _____

BANK CODE WITH COMPLETE ADDRESS: _____

SIGNATURE OF THE BENEFICIARY: _____

CONTACT NUMBER: _____
.....