



**TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD**

VAIDHYA SAHAAYAM

(Financial Assistance for the treatment of chronic diseases)
Treatment of : Cancer, Brain Tumor, Heart Ailments, Paralysis treatment,
Aids Treatment, Hysterectomy, Trauma care
(Treatment for Serious wounds/ injuries caused due to accident)

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, W/o :
3. Name of the Patient :
4. Relation ship with the worker : Self / Spouse / Son / Daughter (Unmarried)
5. Name of the Chronic Disease :
6. Brief History of the Disease :
7. Expenditure incurred for the treatment Rs
8. Residential Address :
9. Name of Estt. / Factory with Address :
10. Labour / Factory Dept. Reg. No :
11. Designation : Token / Staff No.
12. Name of the Bank :Branch
13. Bank A/c No. : IFSC Code
14. ESI No. : Aadhar No
15. Monthly Wages / Gross salary :
16. Category / Caste (Tick relevant) : **ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others**
17. Applicant covered under Assembly Constituency.....
18. Doctor / Hospital Name & Address:
19. Whether the applicant availed : YesNo.....
this benefit earlier
20. Date of application is made :

Signature of the Applicant

N.B. :- 1) Application shall be made within 1 year from the date of treatment / operation. 2) Employee, spouse & Children are eligible, 3) Those who are in receipt of benefit under ESI or from the management are not eligible. 4) In case of aids, certificate of hospital / Doctor is enough. Financial assistance under the scheme shall be extended only once in service for each disease.

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Doctor's prescription / Certificate 2) Discharge summary 3) Hospital Bills & Medical Bills 4) Certificate from the management that the applicant did not covered under E.S.I / Scheme of the Establishment/Fatory.

Declaration by the employer

Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.has been paid through
Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No..... Date :

RC No..... Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు వైద్య సహాయము

క్యాన్సర్, కిడ్నీ బ్రెయిన్ ట్యూమర్, గుండె జబ్బులు, పక్షవాతము, ఎయిడ్స్ చికిత్స, గర్భసంచి చికిత్స మరియు ట్రామాకేర్ ప్రమాదము వలన సంభవించు తీవ్రమయిన గాయాలు కొరకు చికిత్స పొందుతున్న కార్మికులకు మరియు వారి కుటుంబ సభ్యులకు ఆర్థికసహాయము

ధరఖాస్తుదారుని
ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి / భర్త పేరు
3. పేషెంట్ పేరు
4. కార్మికునితో గల సంబంధం (కార్మికుడు / భార్య / భర్త / వివాహం కాని కుమార్తె)
5. వ్యాధి పేరు
6. వ్యాధి చరిత్ర
7. చికిత్సకు ఖర్చయిన మొత్తం రూ.
8. ఇంటి అడ్రసు
9. సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రసు
10. కార్మిక / కర్మాగారాలశాఖ రిజిస్ట్రేషన్ నెం.
11. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
12. బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
13. బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు I.S.F.C. Code
14. ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
15. నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
16. కులము (సరియైనది టిక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
17. కార్మికుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
18. డాక్టరు / హాస్పిటల్ పేరు
అడ్రస్
19. ఈ సదుపాయమును ఇంతకుముందు పొంది ఉన్నారా? (అవును / కాదు)
20. ధరఖాస్తు తేదీ.....

కార్మికుని సంతకం

సూచి : 1) చికిత్స మొదలు అయిన / ఆపరేషన్ అయిన 1సం॥ లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి. 2) కార్మికుడు / కార్మికురాలు , భార్యలేదా భర్త, పిల్లలు అర్హులు 3) ఇ.ఎస్.ఐ. లేదా యాజమాన్యంవారి నుండి సహాయము పొందినవారు అర్హులు కాదు. 4) ఈ పథకము క్రింద కార్మికుడు / కార్మికురాలు సర్వీసులో ఒక వ్యాధి చికిత్స కొరకు ఒకసారి మాత్రమే అర్హులు. 5) ఎయిడ్స్ చికిత్సకొరకు డాక్టరు వ్యాధి నిర్ధారణ పత్రము సరిపోతుంది. ఇతర పత్రములు అవసరం లేదు.

☞ గమనిక :- జతపరచవలసినవి : దృవీకరించిన జరాక్సు కాపీలు 1) వ్యాధికి చికిత్స చేసిన / చేయుచున్న డాక్టరు సర్టిఫికేట్ 2) డిస్చార్జ్ రిపోర్ట్ 3) హాస్పిటల్ బిల్లులు, మెడికల్ బిల్లులు 4) యాజమాన్యము నుండి గాని, ఇ.ఎస్.ఐ నుండి గాని ఏ విధమయిన సహాయము పొందలేదని యాజమానిచే దృవీకరణ పత్రము.

యజమాని దృవీకరణ

ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను రూ.....
చెక్కు/ డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేదీ

సంతకము నకు చెల్లించడమైనది

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ.

సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



**TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD**

ANTYA KRIYALAKU AARDHIKA SAHAAYAMU

(Application for Funeral Expenses)

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the Applicant :
2. Name of the worker (Deceased):
3. Relation ship with the worker :
4. Date of Death :
5. Residential Address :
6. Name of Estt. / Factory with Address :
7. Labour / Factory Dept. Reg. No :
8. Designation : Token / Staff No.
9. Name of the Bank :Branch
10. Applicants Bank A/c No. : IFSC Code
11. ESI No. : Aadhar No
12. Monthly Wages / salary :
13. Category / Caste (Tick relevant) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
14. Applicant covered under Assembly Constituency.....
15. Date of application is made :

Signature of the Applicant

N.B. :- The Application for shall be made within 1 year from the date of death.

**Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Death Certificate 2) Aadhar Card / ESI Card.
3) Family members Certificate from the management / Gagetted Officer.**

Declaration by the employer

Certified that the deceased worker has worked for our establishment and welfare fund contribution Rs.has been paid through
Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No.....

Date :.....

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

**Signature of ALO &
Office Seal**

RC No.....

Date :.....

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

**Signature of ACL &
Office Seal**



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

అంత్యక్రియలకు ఆర్థిక సహాయం (మరణించిన కార్మికుని దహన ఖర్చులకొరకు దరఖాస్తు)

ధరఖాస్తుదారుని
ఫోటో

1. ధరఖాస్తు దారుని పేరు
2. మరణించిన కార్మికుని పేరు
3. కార్మికునితో గల సంబంధం
4. మరణించిన తేది
5. ఇంటి అడ్రస్
6. కార్మికుడు పనిచేసే సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
7. కార్మిక / కర్మాగారాల శాఖ రిజిస్టర్ నెం.
8. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
9. బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
10. ధరఖాస్తు దారుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు ISFC Code
11. ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
12. నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
13. కులము (సరియైనది టీక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
14. ధరఖాస్తు దారుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
15. ధరఖాస్తు తేది

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచి: కార్మికుడు మరణించిన సంవత్సరములోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.

గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జరాక్సు కాపీలు :

1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము, 2. ఇ.ఎస్.ఐ కార్డు / ఆధార్ కార్డు 3) యాజమాన్యముచేగాని గెజిటెడ్ ఆఫీసర్చే గాని ధృవీకరించిన కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రము.

యజమాని ధృవీకరణ

మరణించిన కార్మికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను రూ
చెక్కు/డి.డి/ చలాను/ ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేది

సంవత్సరము నకు చెల్లించడమైనదని ధృవీకరించడమైనది.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాద్

ప్రమాదంలో అవయవములు కోల్పోయిన కార్మికుల కొరకు ధరఖాస్తు

ధరఖాస్తుదారుని
ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి / భర్త పేరు
3. ఇంటి అడ్రస్
4. సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు.
మరియు అడ్రస్
5. కార్మిక / కర్మాగారాల శాఖ రిజిస్టర్ నెం.
6. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
7. బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
8. కార్మికుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు IFSC Code
9. ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
10. నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
11. కులము (సరియైనది టిక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
12. కార్మికుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
13. ప్రమాదం జరిగిన తేదీ
14. ప్రమాద వివరములు క్లుప్తంగా
15. ధరఖాస్తు తేదీ

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

- సూచి : 1) ప్రమాదము జరిగిన 1 సంవత్సరం లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.
2) సంపాదన సామర్థ్య నష్టము 40% అంతకన్నా ఎక్కువ ఉండాలి.

గమనిక :- జతపరచవలసిన ధృవీకరించిన జిరాక్కు కాపీలు

1. FIR రిపోర్టు 2. అంగవైకల్యము గురించి మెడికల్ బోర్డుచే ధృవీకరించబడిన పత్రము.

యాజమాని ధృవీకరణ

ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను రూ
చెక్కు/ డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేదీ

సంతకము

నకు చెల్లించడమైనది
యాజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్మికులయొక్క నిమిత్తము

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ.

సహాయ కార్మిక కమిషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



**TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD**

PRASUTHI SAHAAYAM

(Application for Sanction of Maternity Benefit for delivery of women worker and for delivery of wife of worker)

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, W/o :
3. Residential Address :
4. Name of Estt. / Factory with Address :
5. Labour / Factory Dept. Reg. No :
6. Designation : Token / Staff No.
7. Name of the Bank :Branch
8. Bank A/c No. : IFSC Code
9. ESI No. : Aadhar No
10. Monthly Wages / Gross salary :
11. Category / Caste (Tick relevant) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
12. Applicant covered under Assembly Constituency.....
13. Date of delivery :
14. Name of the Doctor :
and address of the hospital :
15. Whether the applicant availed this benefit earlier : YesNo.....
16. Date of application is made :

Signature of the Applicant

N.B. :- 1) Application shall be made within one year from the date of delivery 2) Benefit under the scheme is limited up to two children, 3) Employees covered by ESI scheme or any such facility received from the management are not eligible. 4) The workers who are drawing salary / wages Rs. 16,000/- and below are eligible.

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Doctors / Hospital Certificate 2) Certificate from management regarding non-coverage of ESI 3) Salary Slip / Certificate.

Declaration by the employer

Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.has been paid through
Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు
ప్రసూతి సహాయము
(కార్మికురాలు మరియు కార్మికుని భార్య ప్రసూతి ఆర్థిక సహాయము)

ధరఖాస్తుదారుని
ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి / భర్త పేరు
3. ఇంటి అడ్రస్
4. సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
- మరియు అడ్రస్
5. కార్మిక / కర్మాగారాలశాఖ రిజిస్ట్రేషన్ నెం.
6. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
7. బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
8. బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు IFSC Code
9. ఇ.ఎన్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
10. నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
11. కులము (సరియైనది టిక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
12. కార్మికుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
13. కాన్పు అయిన తేదీ
14. డాక్టరు / హాస్పిటల్ పేరు, అడ్రసు
-
15. ఇంతకుముందు ఈ సదుపాయమును పొంది ఉన్నారా? (అవును / కాదు)
16. ధరఖాస్తు తేదీ.....

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

నూచి : 1) కాన్పు అయిన 1 సం॥లోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. 2) ఇద్దరు పిల్లలవరకు వర్తిస్తుంది. 3) ఇ.ఎన్.ఐ. లేదా యజమాన్యము వారు ఇచ్చు సహాయము పొందినవారు అర్హులు కాదు. 3) కార్మికుని నెలసరి మొత్తము వేతనము రూ.16,000/- మరియు అంతకు లోపు ఉన్నవారు అర్హులు.

☞ గమనిక :- జతపరచవలసిన జరాక్కు కాపీలు : 1) డాక్టర్ / హాస్పిటల్ సర్టిఫికేట్ 2) వేతన ధృవీకరణ పత్రము.
 3) ఇ.ఎన్.ఐ మరియు యజమాన్యము నుండి ప్రత్యామ్నాయ వైద్యసహాయము పొందలేదని యజమానిచే ధృవీకరణ పత్రము.

యజమాని ధృవీకరణ

ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను రూ
 చెక్కు/డి.డి/చలాను / ఆన్‌లైన్ రసీదు నెం. తేదీ

సంవత్సరము నకు చెల్లించడమైనది
 తేదీ. యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్మికులయము నిమిత్తము

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ. సహాయ కార్మిక కమిషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



**TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD**

FAMILY PLANNING INCENTIVE
(Application for Incentive for those undergoing
Family Planning Operation)

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, W/o :
3. Residential Address :
4. Name of Estt. / Factory with Address :
5. Labour / Factory Dept. Reg. No :
6. Designation : Token / Staff No.
7. Name of the Bank :Branch
8. Bank A/c No. : IFSC Code
9. ESI No. : Aadhar No
10. Monthly Wages /Gross salary :
11. Category / Caste (Tick relevant) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
12. Applicant covered under Assembly Constituency.....
13. Date of Family Planning Operation :
14. Name of the Doctor :
- And address of the hospital :
15. Whether the applicant availed this benefit earlier : YesNo.....
16. Date of application is made :

Signature of the Applicant

N.B. :- 1). Application shall be made within one year from the date of delivery
2) Benefit under the scheme is limited up to two children only, 3) The workers drawing Gross salary / wages Rs.16,000/- and below are eligible.

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Certificate of Family planning operation from the Hospital
2) Salary Certificate.

Declaration by the employer

Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.has been paid through
Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No.....

Date :.....

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

RC No.....

Date :.....

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

ఆదర్శ కుటుంబ ప్రోత్సాహకం

(కుటుంబ నియంత్రణ ఆర్థిక ప్రోత్సాహకం కొరకు ధరఖాస్తు)

ధరఖాస్తుదారుని ఫోటో

- కార్మికుని పేరు
- తండ్రి / భర్త పేరు
- ఇంటి అడ్రస్
- సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
- కార్మిక / కర్మాగారాలశాఖ రిజిస్ట్రేషన్ నెం.
- కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
- బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
- బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు IFSC Code
- ఇ.ఎన్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
- నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
- కులము (సరియైనది టీక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
- కార్మికుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
- ఆపరేషన్ అయిన తేది.
- డాక్టరు / హాస్పిటల్ పేరు, అడ్రసు
- ఈ సదుపాయమును ఇంతకుముందు పొంది ఉన్నారా? (అవును / కాదు)
- ధరఖాస్తు తేది.....

కార్మికుని సంతకం

సూచి : 1) ఆపరేషన్ అయిన 1 సం॥లోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. 2) ఇద్దరు కన్నా ఎక్కువ మంది పిల్లలు ఉన్నవారు అర్హులు కాదు. 3) కార్మికుని నెలసరి మొత్తం వేతనం రూ. 16,000/- మరియు అంతకు లోపు ఉన్నవారు అర్హులు. ఈ పథకము కుటుంబ నియంత్రణ ఆపరేషన్ చేయించుకున్న కార్మికునికి / కార్మికురాలుకు మరియు కార్మికుని యొక్క భార్య / భర్తకు వర్తిస్తుంది.

గమనిక :- జతపరచవలసిన జరాకృత కాపీలు : 1) డాక్టర్ / హాస్పిటల్ సర్టిఫికేట్ 2) కుటుంబ నియంత్రణ ధృవీకరణ పత్రం 3) వేతన ధృవీకరణ పత్రము

యజమాని ధృవీకరణ

ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను రూ
చెక్కు/డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేది

సంతకము నకు చెల్లించడమైనది
తేది. యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది. సహాయ కార్మిక కమిషనర్ సంతకము ఆఫీసు ముద్ర



**TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD**

PRATYEKA VIDHYA PROTHSAAHAKAM

(Application for sanction of Scholarship for
Physically challenged children of Workers)



1. Name of the Applicant :
2. S/o W/o :
3. Residential Address :
4. Name of Estt. / Factory with Address :
5. Labour / Factory Dept. Reg. No :
6. Designation : Token / Staff No.
7. Name of the Bank :Branch
8. Applicant Bank A/c No. : IFSC Code
9. ESI No. : Aadhar No
10. Monthly Wages/ Gross salary :
- 11) Name of the child (Sudent) :
- 12) Nature of Disability :
- 13) Class / Course Studying / year :
- 14) Name & Address of the scholl / College :
15. Category / Caste (Tick relevant) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
16. Applicant covered under Assembly Constituency.....
17. Date of application is made :

Signature of the Applicant

**Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Certificate of Issued by the Medical Board regarding diasibility
2) Study Certificate (for current year)**

Declaration by the employer

Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution Rs.has been paid through
Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No..... Date :

RC No..... Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

**Signature of ALO &
Office Seal**

Date :

**Signature of ACL &
Office Seal**



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

ప్రత్యేక విద్యా ప్రోత్సాహకము

(అంగవైకల్యము గల పిల్లలకు చదువుకొరకు స్కాలర్‌షిప్)

ధరఖాస్తుదారుని ఫోటో

- కార్మికుని పేరు
- తండ్రి/భర్త పేరు
- ఇంటి అడ్రస్
- సంస్థ/పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
- కార్మిక / కర్మాగారాలశాఖ రిజిస్ట్రేషన్ నెం.
- కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
- బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
- బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు IFSC Code
- ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
- నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
- విద్యార్థి పేరు
- అంగవైకల్యము వివరములు
- చదువుతున్న తరగతి
- చదువుతున్న పాఠశాల /కళాశాల /విద్యా సంస్థ మరియు అడ్రసు
- కులము (సరియైనది టిక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
- కార్మికుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
- ధరఖాస్తు తేదీ.....

కార్మికుని సంతకము

గమనిక :- జతపరచవలసినవి (ద్వీకరించిన జిరాక్కుకాపీలు):

- మెడికల్ బోర్డువారు జారీచేసిన అంగవైకల్యమును నిర్ధారించే సర్టిఫికేట్ 2. స్టడీ సర్టిఫికేట్ (ప్రస్తుతము చదువుచున్న తరగతి)

యాజమాని దృవీకరణ

ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను రూ

చెక్కు/డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేదీ

సంవత్సరము నకు చెల్లించడమైనది

తేదీ.

యాజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ.

సహాయ కార్మిక కమిషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర



**TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD**

**MARRIAGE GIFT
(Application for Marriage Gift)**

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the worker :
2. S/o, W/o :
3. Residential Address :
4. Name of Estt. / Factory with Address :
5. Labour / Factory Dept. Reg. No :
6. Designation : Token / Staff No.
7. Name of the Bank :Branch
8. Bank A/c No. : IFSC Code
9. ESI No. : Aadhar No
10. Monthly Wages/ Gross salary :
11. Details of Children (No.) : SonsDaughters
12. Category / Caste (Tick relevant) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
13. Applicant covered under Assembly Constituency.....
14. Name of the Bride (Daughter/Self) :
15. Date of Birth : Age
16. Date of Marriage : Place of Marriage
17. Whether the applicant availed this benefit earlier : YesNo.....
18. Date of application is Made :

Signature of the worker

N.B. :- The Application shall be made within 6 months from the date of marriage 2) The benefit is applicable for one daughter only. 3) Gross Salary / wages of the worker should not exceed Rs. 16,000 p.m. (Salary certificate from Management) 4) Worker shall contribute Welfare Fund atleast 3 years before Marriage date.

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Wedding Invitation , 2) Marriage Photo, 3) Age proof certificate, 4) Marriage Certificate issued by authority or employer or Municipal Corporation, Panchayat Head. Religious Head 5) Ration Card 6) Salary certificate

Declaration by the employer

1. Certified that the applicant is a worker of our establishment and welfare fund contribution has been paid for the last three years as detailed below :

1. Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year
2. Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year
3. Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

వివాహ కానుక

(వివాహ కానుక కొరకు దరఖాస్తు)

ధరఖాస్తుదారుని ఫోటో

1. కార్మికుని పేరు
2. తండ్రి / భర్త పేరు
3. ఇంటి అడ్రస్
4. సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
5. కార్మిక / కర్మాగారాలశాఖ రిజిస్ట్రేషన్ నెం.
6. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
7. బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
8. బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు IFSC Code
9. ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
10. నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
11. పిల్లల వివరాలు కొడుకులు కూతుళ్ళు
12. కులము (సరియైనది టిక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
13. కార్మికుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
14. పెండ్లికుమార్తె పేరు (కూతురు / వృత్తిగత)
15. పుట్టిన తేదీ
16. వివాహ తేదీ. వివాహము జరిగిన స్థలం
17. ఇంతకుముందు ఈ సదుపాయం పొందినారా : అవును / కాదు.
18. ధరఖాస్తు తేదీ

కార్మికుని సంతకం

సూచి :- 1) వివాహము జరిగిన 6 నెలల లోపు ధరఖాస్తు చేయాలి. 2) ఒక కుమార్తెకు మాత్రమే ఈ పథకం వర్తిస్తుంది. 3) నెలసరి వేతనము రూ॥ 16,000/- మించి ఉండరాదు. 4) కార్మికుడు కనీసం 3 సంవత్సరములు పనుసగా సంక్షేమనిధికి చందాదారునిగా ఉండవలెను.

గమనిక :- జతపరచవలసినవి 1. శుభలేఖ, 2. పెండ్లి ఫోటోలు 3. పెళ్ళి కుమార్తె పయస్సును నిర్ధారించే సర్టిఫికేట్, 4. వివాహ ధృవపత్రము లేదా యాజమాన్యము / ప్రత్యేక అధికారి / మున్సిపల్ కార్పొరేటర్ / సంబంధిత సెక్రటరీ / గ్రామ కార్యనిర్వహణాధికారి లేదా మతపెద్దలచే వివాహ ధృవీకరణ పత్రము, 5) రేషన్ కార్డు / ఆధార్ కార్డు ప్రతి 6) వేతన ధృవీకరణ పత్రము

యాజమాని ధృవీకరణ

ధరఖాస్తు దారుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి పనుసగా గత 3 సంవత్సరములు చందాను చెల్లించడమైనది. గత మూడు సంవత్సరములు కార్మిక సంక్షేమనిధి చెల్లించిన వివరములు సంవత్సరమునకు

చెక్కు/డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేదీ సంవత్సరము

చెక్కు/డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేదీ సంవత్సరము

చెక్కు/డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేదీ సంవత్సరము

తేదీ. యాజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్యాలయము నిమిత్తము

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేదీ.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేదీ. సహాయ కార్మిక కమీషనర్ సంతకము ఆఫీసు ముద్ర



**TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD
HYDERABAD**

PRAMADA MARANA AARDHIKA SAHAAYAM

(Application for Financial Assistance in case of
accidental Death) (EEAR)



1. Name of the Applicant :
2. Relationship with the employee :
3. Name of Employee (Deceased):
4. Date of Accident :
5. Date of death :
6. Nature of Accident :
7. Residential Address :
8. Name of Estt. / Factory with Address :
9. Labour / Factory Dept. Reg. No :
10. Designation : Token / Staff No.
11. Name of the Bank :Branch
12. Bank A/c No. : IFSC Code
13. ESI No. : Aadhar No
14. Monthly Wages / Gross salary :
15. Category / Caste (Tick relevant) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
16. Applicant covered under Assembly Constituency.....
17. Date of application is made :

Note :- Application shall be made within 1 year from the date of death

Signature of the Applicant

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Death Certificate 2) F.I.R. 3) Family Members Certificate issued by authority or the employer or Gazeted officer. 4) E.S.I. / Aadhar Card

Declaration by the employer

Certified that the deceased worker has worked for our establishment and welfare fund contribution Rs.has been paid through

Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

**Signature of ALO &
Office Seal**

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

**Signature of ACL &
Office Seal**



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు

ప్రమాద మరణ ఆర్థిక సహాయం

(కార్మికుడు ప్రమాద వశాత్తు మరణించినప్పుడు అత్యవసర ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తు)

ధరఖాస్తుదారుని ఫోటో

1. ధరఖాస్తు దారుని పేరు
2. కార్మికునితో గల సంబంధం
3. మరణించిన కార్మికుని పేరు
4. ప్రమాదం జరిగిన తేదీ.
5. మరణించిన తేదీ
6. ప్రమాద వివరములు క్లుప్తంగా
7. ఇంటి అడ్రస్
8. కార్మికుడు పనిచేసిన సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
9. కార్మిక / కర్మాగారాలశాఖ రిజిస్ట్రేషన్ నెం.
10. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
11. బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
12. ధరఖాస్తు దారుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు IFSC Code
13. ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
14. నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
15. కులము (సరియైనది టిక్ చేయవలెను) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
16. ధరఖాస్తు దారుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
17. ధరఖాస్తు తేదీ

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచిక : 1) కార్మికుడు చనిపోయిన 1సం॥ లోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.

గమనిక :- జతపరచవలసినవి జరాక్టు కాపీలు : 1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము 2. ప్రమాదమునకు సంబంధించిన రిపోర్టు (FIR) 3. యజమానిచే గాని గెజెట్డ్ ఆఫీసరుచేగాని ధృవీకరించిన కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రము. 4) ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డు / ఆధార్ కార్డు

యజమాని ధృవీకరణ

మరణించిన కార్మికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాను రూ చెక్కు/డి.డి/చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేదీ

సంవత్సరము నకు చెల్లించడమైనదని ధృవీకరించడమైనది.

తేదీ. యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్యాలయము నిమిత్తము

| | |
|---|---|
| RC No..... పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది. తేదీ. సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము ఆఫీసు ముద్ర | RC No..... పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది. తేదీ. సహాయ కార్మిక కమిషనర్ సంతకము ఆఫీసు ముద్ర |
|---|---|



TELANGANA LABOUR WELFARE BOARD HYDERABAD

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE TO THE DEPENDENTS OF DECEASED WORKER CONTRIBUTOR UNDER NATURAL DEATH SCHEME

Affix
Applicant
Photo

1. Name of the Applicant :
2. Name of the worker (Deceased):
3. Relation ship with worker :
4. Cause of death :
5. Date of Death :
6. Residential Address :
7. Name of Estt. / Factory with Address :
8. Labour / Factory Dept. Reg. No :
9. Designation : Token / Staff No.
10. Name of the Bank :Branch
11. Applicant Bank A/c No. : IFSC Code
12. ESI No. : Aadhar No
13. Monthly Wages/salary :
14. Category / Caste (Tick relevant) : ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
15. Applicant covered under Assembly Constituency.....
16. Date of application is made :

Signature of the Applicant

N.B. :- The Application shall be made within one year from the date of death.

Enclosures : Attested Xerox Copies of 1) Death Certificate 2) Family members Certificate issued by the authority or employer or Gazetted officer 3) Aadhar Card / ESI Card

Declaration by the employer

Certified that the deceased worker has worked for our establishment and welfare fund contribution Rs.has been paid through

Cheque No / DD / Challan / Online Receipt No Date for the year

Date :

Signature of the Employer with Seal

FOR OFFICE USE

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ALO &
Office Seal

RC No.....

Date :

It is certified that the above particulars are correct and the applicant did not avail the similar benefit from any Government department or Management

Recommended for Sanction of the benefit.

Date :

Signature of ACL &
Office Seal



తెలంగాణ కార్మిక సంక్షేమ మండలి, హైదరాబాదు
సహజ మరణం పొందిన కార్మికుని కుటుంబ సభ్యులకు
ఆర్థిక సహాయము కొరకు ధరఖాస్తు

ధరఖాస్తుదారుని
ఫోటో

1. ధరఖాస్తు దారుని పేరు
2. మరణించిన కార్మికుని పేరు
3. కార్మికునితో గల సంబంధం
4. మరణ కారణము
5. మరణించిన తేది
6. ఇంటి అడ్రస్
6. కార్మికుడు పనిచేసే సంస్థ / పరిశ్రమ పేరు
మరియు అడ్రస్
8. కార్మిక / కర్మాగారాల శాఖ రిజిస్టర్ నెం.
9. కార్మికుని హోదా టోకెన్ / స్టాఫ్ నంబరు.
10. బ్యాంకు పేరు బ్రాంచి
11. ధరఖాస్తు దారుని బ్యాంక్ అకౌంట్ నంబరు IFSC Code
12. ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డ్ నంబరు ఆధార్ నంబరు
13. నెలసరి మొత్తము జీతము / వేతనము
14. కులము (సరియైనది టిక్ చేయవలెను) ST, SC, BC (A, B, C, D, E) others
15. ధరఖాస్తు దారుని అసెంబ్లీ నియోజకవర్గము
16. ధరఖాస్తు తేది

ధరఖాస్తు దారుని సంతకము

సూచి : కార్మికుడు మరణించిన 1 సంవత్సరములోపు ధరఖాస్తు చెయ్యాలి.

గమనిక :- జతపరచవలసిన జిరాక్కు కాపీలు :

1. మరణ ధృవీకరణ పత్రము, 2. యాజమాన్యముచేగాని గెజిటెడ్ ఆఫీసర్చే గాని ధృవీకరించిన కుటుంబ సభ్యుల ధృవీకరణ పత్రము.
- 3) ఇ.ఎస్.ఐ. కార్డు / ఆధార్ కార్డు.

యజమాని ధృవీకరణ

మరణించిన కార్మికుడు మా సంస్థలో ఉద్యోగి మరియు సంక్షేమ నిధికి చందాసు రూ
 చెక్కు/డి.డి / చలాను / ఆన్లైన్ రసీదు నెం. తేది

సంవత్సరము నకు చెల్లించడమైనదని ధృవీకరించడమైనది.

తేది.

యజమాని సంతకము / సంస్థ ముద్ర

కార్మికులయము నిమిత్తము

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక అధికారి సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర

RC No..... తేది.....

పైన తెలిపిన వివరములు వాస్తవమని మరియు ధరఖాస్తు దారుడు యాజమాన్యం నుండి గాని ప్రభుత్వం నుండి గాని ఇటువంటి పథకం ద్వారా ఆర్థిక సహాయం పొందలేదని నిర్ధారించి సిఫార్సు చేయడమైనది.

తేది.

సహాయ కార్మిక కమిషనర్ సంతకము
ఆఫీసు ముద్ర