

FORM-XLI (ଫର୍ମ - XLI)

(See Rule 277) (ନିୟମ-୨୭୭)

APPLICATION FOR GRANT OF MATERNITY BENEFIT
ପ୍ରସୂତିକାଳୀନ ସହାୟତା ମଞ୍ଜୁରୀ ନିମନ୍ତେ ଆବେଦନ ପତ୍ର

To

The Secretary,
Odisha Building & Other Construction Workers' Welfare Board,
Bhubaneswar/ District Labour Officer.

ପ୍ରାପ୍ତେଷୁ ,

ସଚିବ ,

ଓଡିଶା କୋଠାବାଡ଼ି ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ନିର୍ମାଣ ଶ୍ରମିକ କଲ୍ୟାଣ ବୋର୍ଡ଼,

ଭୁବନେଶ୍ୱର / ଜିଲ୍ଲା ଶ୍ରମ ଅଧିକାରୀ

1. Name of the applicant (Women Beneficiary) :
ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ନାମ (ମହିଳା ହିତାଧିକାରୀ) :
2. Husband's Name :
ସ୍ୱାମୀଙ୍କର ନାମ :
3. Residential Address :
ବାସସ୍ଥାନର ଠିକଣା
(a) Permanent :
(କ) ସ୍ଥାୟୀ :
(b) Present :
(ଖ) ବର୍ତ୍ତମାନ :
4. Registration No. :
ପଞ୍ଜିକରଣ ନମ୍ବର :
(Copy of Identity Card to be enclosed)
(ପରିଚୟ ପତ୍ରର ଅବିକଳ ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ)
5. Amount of annual contribution remitted :
ବାର୍ଷିକ ଦେୟ ପଇଠ କରିଥିବା ଅର୍ଥର ପରିମାଣ :
(No. and date of receipt)
(ରସିଦ୍ ନମ୍ବର ଓ ତାରିଖ)
6. Age and date of birth :
ବୟସ ଓ ଜନ୍ମ ତାରିଖ :
7. Date of birth of the child for which the application is made:
ଆବେଦନ କରାଯାଇଥିବା ଶିଶୁର ଜନ୍ମ ତାରିଖ :

8. (a) Whether maternity benefit is availed earlier under this rule :
(କ) ଏହି ନିୟମ ଅନୁଯାୟୀ, ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରସୂତିକାଳୀନ ସହାୟତା ପାଇଛନ୍ତି କି :

(b) If yes, give details :
(ଖ) ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଏ ସଂପର୍କରେ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ :

(i) Date of receipt :
କେଉଁ ତାରିଖରେ ସହାୟତା ପାଇଛନ୍ତି :

(ii) Amount availed :
ସହାୟତା ରାଶିର ପରିମାଣ :

DECLARATION

I do hereby solemnly declare that the facts mentioned above are true to the best of my knowledge and belief. In case, any information submitted by me is found wrong; I shall be liable to refund the same with interest to the Board immediately.

ଘୋଷଣା

ଏତଦ୍ ଦ୍ୱାରା ମୁଁ ସତ୍ୟନିଷ୍ଠା, ସ୍ଥିରଚିତ୍ତ ଓ ବିଶ୍ୱାସର ସହିତ ଘୋଷଣା କରୁଅଛି କି ଯେ, ମୋ ଦ୍ୱାରା ଦିଆଯାଇଥିବା ଉପର ଲିଖିତ ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ସତ୍ୟ ଅଟେ । ଯଦି ଏହା କେବେ ଭୁଲ୍ ବୋଲି ପ୍ରମାଣିତ ହୁଏ, ତେବେ ମୁଁ ପାଇଥିବା ସହାୟତା ରାଶି ସୁଧ ଓ ମୂଳ ସହିତ ବୋର୍ଡକୁ ତୁରନ୍ତ ଫେରସ୍ତ କରିବି ।

Place(ସ୍ଥାନ):

Date(ତାରିଖ):

Signature of applicant

ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର