

दक्षिण मध्य रेलवे
SOUTH CENTRAL RAILWAY

जी. ए-6/जी. 242 एफ/ए.
GA-6/G 242 F/A

दुर्घटना की सूचना पुस्तक
Notice Book of Accident

कामगार क्षतिपूर्ति अधिनियम
WORKMENS COMPENSATION ACT

कामगार द्वारा या उसकी ओर से भरी जाय
To be filled up by Workmen or on behalf of workmen.

विभाग स्टेशन/कार्यालय शॉप सं.
Department Station/Office Shop No.....

संदर्भ सं. दिनांक
Reference No..... Date.....

1. दुर्घटना की तारीख
Date of accident.....
2. दुर्घटना दिन के किस समय हुई
Time of day at which accident occurred.....
3. स्थान जहाँ दुर्घटना हुई (यदि रेल परिसर में न हुई हो तो इसका उल्लेख अवश्य करना चाहिये)
Place at which accident occurred (If not on Railway premises, it must be so stated).....
4. दुर्घटना का कारण और प्रकार और परिस्थितियों का विस्तृत वर्णन जिसके अन्तर्गत यह हुई
Nature and cause of accident and detailed statement of the circumstance under which it happened.....
5. लगी चोट का प्रकार, क्या मामूली या गंभीर
Nature of injury sustained, whether slight or severe.....

6. नाम जाति
Name..... Caste.....

7. पदनाम विभाग आयु 15 वर्ष से कम/15 वर्ष से अधिक
Designation..... Department..... Age..... Under 15 years/Over 15 years

लिंग वेतन दर टिकट/गंग सं.
Sex..... Rate of pay..... Ticket/Gang No.....

स्टेशन/कार्यालय/शॉप
Station/Office/Shop.....

दिनांक
Date.....

.....
Signature of L.T.I. of person injured

निरीक्षक का उसके एजेंट द्वारा भरा जाए।

To be filled up by the Employer or his Agent.

1. कर्मचारी द्वारा दुर्घटना की रिपोर्ट किये जाने का समय और दिनांक
Time and the date accident reported by employee
2. किसके पास रिपोर्ट की गई
To whom reported:
3. रिपोर्ट करने का तरीका
Method of report
4. यदि कर्मचारी ने दुर्घटना की सूचना नहीं दी तो रेल न्यायाधिकारियों को दुर्घटना का पता कब लगा
If notice not reported by employee how and when did Railway authorities become aware of the accident

5. क्या दुर्घटना उसके नियोजन के दौरान और उसके कारण हुई
Did accident arise out of, and in the course of his employment

6. यदि आहत व्यक्ति विद्यमान हो गया है, तो लिखें कि दुर्घटना के कारण सबसे पहले कब अनुपस्थित हुआ
If injured person has been disabled, state } समय दिनांक
when first absent through accident } Time Date

7. क्या प्राथमिक उपचार किया गया था, यदि हाँ, तो किसके द्वारा
Was first-aid rendered, if so, by whom

8. क्या दुर्घटना के समय डॉक्टर को बुलाया गया था
Was a doctor called in at the time of accident

9. यदि हाँ, तो डॉक्टर का नाम लिखें
If so, state the name of the doctor

10. क्या आहत व्यक्ति को डॉक्टर के पास भेजा गया था
Was injured man sent to a doctor

11. यदि हाँ, तो डॉक्टर का नाम लिखें
If so, state the name of the doctor

12. क्या एजेंट के पास क्या आप का निम्नलिखित के बारे में संदेह है :-
Have you any suspicion :-

- (क) दुर्घटना की प्रामाणिकता के विषय में
as to the genuineness of the accident
- (ख) यह दुर्घटना ड्यूटी के दौरान हुआ कि बतलाया गया, नहीं हुई
that it did not occur on duty as described.
- (ग) क्या उस समय कामगार दवाओं या शराब के नशे में था ?
was the workman at the time under influence of drinks or drugs ?
- (घ) क्या कामगार की सुरक्षा के प्रयोजन से विशेष रूप से दिये गये आदेश या बताये गये नियम का जाल भूल कर उल्लंघन हुआ था ?
was there wilful disobedience of the workman to an order expressly given or to a rule expressly framed for the purpose of securing safety of workman ?
- (च) क्या कामगार ने सुरक्षा साधन या अन्य यंत्र को जानबूझकर हटाया या उसकी कानूनी का प्रतिकार उसे जान था कि वह कामगार की सुरक्षा के लिए लगाया गया है ?
was there wilful removal or disregard by the workman of any safety guard or other device which he knew to have been provided to secure the safety of workman ?

13. निम्नलिखित व्यक्तियों के नाम और पदनाम जो समर्थक सूचना दे सकते हैं (प्रश्न का उत्तर देने से पहले प्रत्येक से पूछताछ कर लेनी चाहिए)

प्रत्यक्षदर्शी
Eye witness

अन्य Others

Names and designations of persons who can give corroborative information. (Each must be interrogated before the question is answered)..

स्टेशन मास्टर/निरीक्षक/फोरमैन हस्ताक्षर
Station Master/Inspector/Foreman Signature

कार्यकारी अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature of Officer-in-Charge & Designation

दिनांक
Dated

दिनांक
Dated

टिप्पणी :- इसे दो प्रतियों में तैयार करना चाहिए और एक प्रति सम्बन्धित अधिकारी के पास उसकी सूचना के लिए भेज देनी चाहिए और दूसरी प्रति को कार्यालय/स्टेशन रिफाइंड के रूप में रख लेनी चाहिए।

N.B. - To be prepared in duplicate and one copy sent to the authority concerned for this to be answered and the other copy retained as Office/Station record.

INJURY REPORT OF EMPLOYEE

G. 352/Aargo

PART I

No. _____

Station,

Date,

1. Name, 2. Father's name,

3. Designation, Ticket No. and Shop/Depot/Station,

4. Age, 5. Sex, 6. Pay,

7. Date, time and place of accident,

8. Cause of accident,

9. Details of injury,

10. Whether injured on duty?

11. Were all orders and rules framed for securing safety of employees observed?

12. Were all safety guards or devices for securing the safety of employees used?

12. (a) Whether the employee was under the influence of drink or drug?

13. Whether first aid was rendered and by whom?

14. Signature/L. T. I. of employee,

15. Designation, department and station of reporting supervisory official,

.....
Signature of witness.

Directed for treatment to:
A. M. O./AS.

.....
Signature of reporting Supervisory official.

(To be filled in by A. M. O./AS.)

PART II

1. Nature of injuries—Simple/Grievous/Fatal,

2. Particulars of injuries recorded,

3. Date and No. of sick certificate,

4. Disposal of patient,

Hospital/Health unit,

Station,

Date,

A. M. O./A: 5;

This report will be prepared in quadruplicate by the reporting supervisory official and 3 copies sent to A. M. O./AS. along with the original. One copy will be returned duly completed by A. M. O./AS. to the reporting supervisory official and one copy forwarded to P. O. A. P. O. Branch office retaining one copy with A. M. O./A. 3. for his record.

AUTHORITY FOR HALF MONTHLY PAYMENT

(Section 4 (1) (D) of Workmen's Compensation Act.)

Reference to General Authority No.H/P.723/ dt:_____

Halt Monthly Payment

Amount Rs. _____

Period Covered _____

Name of Workman _____ Staff No. _____

How and where employed _____

Details of method of payment: _____

No. and Date of Interim/Medical Certificate accompanying. _____

No.H/P.723 Dated _____

Authorised and forwarded to Sr.DEM/UBL for arranging payment.

HUBLI DIVISION
ALLOCATION:K-310-99

for Divl. Railway Manager, Hubli.

AUTHORITY FOR HALF MONTHLY PAYMENT

(Section 4 (1) (D) of Workmen's Compensation Act.)

Reference to General Authority No.H/P.725/ dt:_____

Half Monthly Payment.

Amount Rs. _____

Period covered _____

Name of Workman _____ Staff No. _____

How and where employed _____

Details of method of payment _____

No. and Date of Interim/Medical Certificate accompanying. _____

No.H/P.723 Date: _____

Authorised and forwarded to Sr.DEM/UBL for arranging payment.

HUBLI
ALLOCATION:K.310-99

for Divisional Railway Manager, Hubli.

A/-080306.