



THE I/C/T EMPLOYEE'S SOCIAL SECURITY INSTITUTION ISLAMABAD

CERTIFICATE OF CONTRIBUTIONS, WAGES AND EMPLOYEMENT

Name of Secured Person _____

Social Security Number

A					
---	--	--	--	--	--

Ticket No. / works No. / Khatta etc _____

I certify that the above named person has been (i) continuously employed by me and paid contribution for at least 90/180 days during the last 6/12 months and the Number of day worked by HIM / HER in each of the last 6/12 month was as under:-

M O N T H		No. Of days	M O N T H		No. Of days
1			4		
2			5		
3			6		

II) The last date of work was _____

III) The rate of wages last paid to HIM / HER was:-

Rs.	Per Month
Rupees:	

Vi) I further certify that the above named person was in my employment on _____ (date of accident or of on set of occupational disease)

Iv:) A report of the accident on Form B-3 HAS / HAS NOT been submitted.

Registered No. Of Employer

--	--	--

Employer's Stamp.

--

(Date) _____ Signad _____

Position in Firm _____ On behalf of Employer.

Form B-2/2A

Delete as necessary



ادارہ معاشرتی تحفظ ملازمین

پلاٹ نمبر 27، 3-11-11 اسلام آباد

آجر کی جانب سے ادارہ معاشرتی تحفظ کو سنگین حادثے کی اطلاع
زہر سنگین حادثے کے وقوع سے چوبیس گھنٹے کے اندر اندر ادارہ نزدیک ترین
مقامی دفتر کو روانہ کی جائے

فرم کا نام

پتہ

ٹیلیفون نمبر

آجر کار رجسٹریشن نمبر

صبح/شام

20 بوقت

حصہ ۱۔ تصدیق کی جاتی ہے کہ بتاریخ

مسمی

پتہ

کو بہ دوران ملازمت حسب ذیل سنگین حادثہ پیش آیا ہے
(فرد کی نوعیت اور شدت کا مختصر بیان درج کریں)

ور کار رجسٹریشن نمبر

حصہ ۲۔ حادثہ کے واقعات یہ ہیں (حادثے کے واقع ہونے کا مختصر بیان درج کریں)

حصہ ۳۔ آجر کے مشاہدات

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا بیان میرے علم اور یقین کی حد تک درست ہے اور میں

میں اس کی صحت کا کل طور پر ذمہ دار ہوں

دستخط

عہدہ

فرم کی مہر

20

تاریخ