

नमुना क्रमांक २४
(नियम ११५ पहा)

व्यवस्थापकाकडून देण्यात आलेला अपघाताचा अहवाल

(१)	भोगवटादाराचे नाव व पत्ता	
(२)	भोगवटादाराचा नोंदणी क्र./अनुज्ञाप्ती क्र.	
(३)	अपघात झालेल्या घटनास्थळाचा पत्ता	
(४)	उद्योगाचे स्वरूप	
(५)	विभाग, पातळी वेळ (असल्यास) व अपघात झालेली निश्चित जागा	
(६)	जखमी झालेल्या व्यक्तीचे नाव	
(७)	विमा पत्र क्रमांक	
(८)	जखमी झालेल्या व्यक्तीचा पत्ता	
(९)	(अ) स्त्री/पुरुष (ब) वय (लगतपूर्वीची जन्मदिनांक) (क) जखमी झालेल्या व्यक्तीचा व्यवसाय (ड) संलग्न असलेले स्थानिक कार्यालय	
(१०)	अपघाताची तारीख व वेळ	
(११)	(अ) अपघाताच्या दिवशी त्याने कामात सुरुवात केली ती वेळ (ब) त्याच्या अपघाताच्या दिवशी त्याला देय असलेले वेतन पूर्ण आहे अथवा अंशतः आहे	
(१२)	अपघाताचे कारण:- (अ) यंत्रामुळे अपघात झाला असल्यास- (एक) अपघातास कारणीभूत ठरलेल्या यंत्राचे व त्याच्या भागाचे नाव (दोन) त्यावेळी यांत्रिकी शक्तीने यंत्र चालवले जात होते काय?	

	<p>(ब) त्यावेळी जखमी व्यक्ती नेमके काय करत होती</p> <p>(क) तुमच्या मते अपघाताच्या वेळी जखमी व्यक्ती-</p> <p>(एक) तिला लागू असलेल्या कायद्याच्या तरतुदीचे उल्लंघन करून काम करत होती का?</p> <p>(दोन) भोगवटादाराने अथवा त्याच्या वतीने दिलेल्या आदेशाचे उल्लंघन करून काम करत होती का?</p> <p>(तीन) भोगवटादाराच्या निर्देशाविना काम करित होती</p> <p>(ड) (क) च्या (एक)(दोन) अथवा (तीन) खंडाचे उत्तर होकारात्मक असेल तर कोणत्या प्रयोजनासाठी जखमी व्यक्ती ते काम करत होती व भोगवटादाराच्या व्यवसायाशी अथवा उद्योगाशी त्याचा संबंध काय होता.</p>	
(१३)	<p>भोगवटादाराकडून दिल्या जाणा-या परिवहन सेवेचा वापर करून उपभोगत प्रवास करित असतांना अपघात झाला असल्यास -</p> <p>(एक) जखमी व्यक्तीचा प्रवास हा तिच्या कामाच्या ठिकाणी जाताना किंवा येताना झाला आहे का</p> <p>(दोन) जखमी व्यक्ती भोगवटादारच्या स्पष्ट अथवा मानीव परवानगीने प्रवास करित होती का</p> <p>(तीन) भोगवटादाराने अथवा त्याच्या वतीने किंवा भोगवटादारा बरोबर केलेल्या व्यवस्थेनुसार दुस-या</p>	

१७	(अ) जखमांचे स्वरुप व्याप्ती (उदा. प्राणांतिक बोट गमावणे, पायाचे हाड मोडणे, भाजणे इत्यादी) (ब) जखमेचे ठिकाण (उजवा हात अथवा उजवा डोळा इ.) (क) (एक) अपघात प्राणांतिक नसेल तर जखमी व्यक्ती कामावर परत आली किंवा नाही (दोन) तसे असल्यास कामावर परत आल्याची तारीख व वेळ	
१८	(अ) जखमी व्यक्तीने ज्याच्याकडे / जेथे उपचार घेतले किंवा घेत आहे तो भिवक दवाखाना अथवा रुग्णालय (ब) जखमी व्यक्तीकडून निवडलेल्या दवाखान्याचे नाव/ तज्ञ डॉक्टराचे नाव	
१९	(एक) जखमी व्यक्ती मृत झाली आहे का (दोन) मृत झाली असल्यास, त्यावेळची तारीख	

असे प्रमाणित करतो की माझ्या माहितीप्रमाणे व समजुतीप्रमाणे वरील सर्व तपशील सर्वार्थाने बरोबर आहे.

ठिकाण-

सही

तारीख-

पदनाम

टीप- ही माहिती सुवाच्य हस्ताक्षरांत अथवा टंकलिखित केलेली असावी.

FORM 24
(See rule 115)
Report of accident by Manager

1	Name and address of occupier	
2	Occupier's Registration No./Licence No.	
3	Address of premises where accident happened	
4	Nature of Industry	
5	Department shift hours (if any) and exact place where the accident happened	
6	Name of injured person	
7	Insurance Number	
8	Address of injured person	
9	(a) Sex (b) Age (last birthday) (c) Occupation of injured person (d) Local office to which attached	
10	Date and hour of accident	
11	(a) Hour at which he started work on the day of accident (b) Whether wages in full or part are payable to him for the day of his accident	
12	Cause of accident (a) If caused by machinery – (i) Give name of the machine and part causing the accident, and (ii) State whether it was moved by mechanical power at that time; (b) State exactly what the injured person was doing at that time (c) In your opinion, was the injured person at the time of accident – (i) acting in contravention of the provisions of any law applicable to him; or (ii) acting in contravention of any orders given by or on behalf of occupier; or (iii) acting without instructions from his occupier.	

	(d) If reply to clauses (i), (ii), or (iii) of clause (c) is in affirmative, state whether the act was done for the purpose of and in connection with the occupier's trade or business.	
13	<p>If the accident happened while travelling by availing of the transport facility provided by the occupier, state whether –</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) the injured person was travelling as a passenger to or from his place to work; (ii) the injured person was travelling with the express or implied permission of the occupier; (iii) the transport is being operated by or on behalf of the occupier or some other person by whom it is provided in pursuance of arrangements made with the occupier; and (iv) the vehicle was being/not operated in the ordinary course of public transport service. 	
14	<p>If the accident happened while meeting emergency state –</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) its nature (ii) Whether the injured person at the time of accident was employed for the purpose of his occupier's trade or business in or about the premises at which the accident took place. 	
15	Describe briefly how the accident occurred.	
16	<p>Name and address of witnesses –</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 2) 	
17	<ul style="list-style-type: none"> (a) Nature and extent of injury (e.g., fatal, loss of fingers, fracture of leg, scald, etc.) (b) Location of injury (right leg, left hand or left eye, etc.). 	

	(c) (i) If the accident is not fatal state whether the injured person has returned to work (ii) If so, date and hour of return to work	
18	(a) Physician, dispensary or hospital from whom or where the injured person received or is receiving treatment. (b) Name of dispensary/panel doctor elected by the injured person.	
19	(i) Has injured person died? (ii) If so, date of death.	

I certify that to the best of my knowledge and belief the above particulars are correct in every respect.

Place –

Signature

Date of dispatch report –

Designation

Note.- To be completed in legible handwriting or preferably typewritten. This space to be completed by Inspector of Factories.