

Annex-B: Factory Certificate Template

Commuting and workplace accident certificate

Worker Information			
Name of Worker:		Designation	
Date of Birth:		Date of Joining:	
National Identity Card No:		Factory Identity Card No:	
Local Address:	House No./Village/Mahalla:	Road No.:	
	Union/Ward :	Upazila/Thana:	
	District:	Division:	
Permanent Address:	House No./Village/Mahalla:	Road No.:	
	Union/Ward :	Upazila/Thana:	
	District:	Division:	
Description of the accident			
Date and Time of Accident:	Date:	Daily Reporting at Factory:	Entry:
	Time:		Out:
Use for commuting accidents			
Place of accident:			
Starting point of journey:	<input type="checkbox"/> Place of work <input type="checkbox"/> Local address <input type="checkbox"/> Other:		
Destination of journey:	<input type="checkbox"/> Place of work <input type="checkbox"/> Local address <input type="checkbox"/> Other:		
Mode of Transport:	<input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Rickshaw/Mechanized Vehicle <input type="checkbox"/> Auto Rickshaw <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Motor Cycle <input type="checkbox"/> Taxi/CNG <input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Others:		
Description of the road used by the worker:			
Use for workplace accidents			
Place of Accident:	<input type="checkbox"/> Factory Premises <input type="checkbox"/> Outside Factory:.....		
Description of Duty Status (Tick)	<input type="checkbox"/> On Duty <input type="checkbox"/> Off Duty		
Type of accident: (Tick)	<input type="checkbox"/> Fire accident <input type="checkbox"/> Electric shock <input type="checkbox"/> Falling heavy weight <input type="checkbox"/> Road accident while on duty <input type="checkbox"/> Mechanical <input type="checkbox"/> Explosion <input type="checkbox"/> Other:		
What work was the worker engaged in at the time of the accident:			
What and where the worker was going to perform the work: (applicable to road accidents while on duty)			

If anyone else was injured in the said accident, his details:							
Accident Details:							
Treatment details: (if applicable)	Name of Hospital/Dr Name:		Date of Admission: (If applicable)				
	Admission Time:		Address:				
	Description:						
Place of Death: (if applicable)							
Status of the worker as a result of the accident: (Tick)	<input type="checkbox"/> Injured <input type="checkbox"/> Died		Date and Time of Death: (if applicable)		Date:		
					Time:		
Attachments: (if any) (Tick)		<input type="checkbox"/> FIR/GD Copy <input type="checkbox"/> Surathal Report <input type="checkbox"/> Postmortem Report <input type="checkbox"/> Medical Document					
Dependent Information (As per secession certificate for death case only)							
S.L	Successor Name	Date of Birth	National Identity Card/ Birth Registrati on No	Relationship	Marital Status	Guardian's Name and Signature in case of minor	Partially or wholly dependent on the worker's income at the time of death (yes/no)
Certificate issuer information							
Name of Issuer:					Designation:		
Mobile No:					E-mail:		
Date of Issue of Certificate:					Signature with Seal of Issuer:		

Note: Attach necessary documents (gate pass/gate registrar/attendance report/others) in case of accident outside the factory while on duty.

কমিউটিং (কর্মস্থলে ও কর্মস্থল হতে যাতায়তের পথে) ও কর্মকালীন দুর্ঘটনার প্রত্যয়নপত্র

শ্রমিকের তথ্য			
শ্রমিকের নাম:		পদবী	
জন্ম তারিখ		যোগদানের তারিখ:	
জাতীয় পরিচয়পত্র নং:		কারখানার পরিচয়পত্র নং:	
স্থানীয় ঠিকানা:	বাড়ি নং/ গ্রাম/মহল্লা:	রোড নং:	
	ইউনিয়ন/ওয়ার্ড:	উপজেলা/থানা:	
	জেলা:	বিভাগ:	
স্থায়ী ঠিকানা:	বাড়ি নং/ গ্রাম/মহল্লা:	রোড নং:	
	ইউনিয়ন/ওয়ার্ড:	উপজেলা/থানা:	
	জেলা:	বিভাগ:	
দুর্ঘটনার বিবরণ			
দুর্ঘটনার তারিখ ও সময়:	তারিখ:	কারখানায় দৈনন্দিন রিপোর্টিং এর সময়:	প্রবেশ:
	সময়:		বাহির:
কমিউটিং দুর্ঘটনার জন্য ব্যবহার করুন			
দুর্ঘটনায় আক্রান্ত হওয়ার স্থান:			
দুর্ঘটনার দিন যাত্রা শুরুর স্থান:	<input type="checkbox"/> কর্মস্থল <input type="checkbox"/> স্থানীয় ঠিকানা <input type="checkbox"/> অন্যান্য:		
দুর্ঘটনার দিন যাত্রার গন্তব্য স্থান:	<input type="checkbox"/> কর্মস্থল <input type="checkbox"/> স্থানীয় ঠিকানা <input type="checkbox"/> অন্যান্য:		
যাতায়তের মাধ্যম:	<input type="checkbox"/> পদযাত্রা <input type="checkbox"/> রিক্সা <input type="checkbox"/> বাস <input type="checkbox"/> মোটরযান <input type="checkbox"/> টেক্সি/সিএনজি <input type="checkbox"/> কার <input type="checkbox"/> অন্যান্য:		
শ্রমিকের ব্যবহৃত রাস্তার বিবরণ:			
কর্মকালীন দুর্ঘটনার জন্য ব্যবহার করুন			
দুর্ঘটনায় আক্রান্ত হওয়ার স্থান:	<input type="checkbox"/> কারখানা প্রাঙ্গণে <input type="checkbox"/> কারখানার বাহিরে:.....		
কর্তব্যরত অবস্থার বিবরণ	<input type="checkbox"/> কর্তব্যরত অবস্থায় <input type="checkbox"/> কর্তব্যরত অবস্থার বাইরে		
দুর্ঘটনার ধরন: (ঠিক চিহ্ন দিন)	<input type="checkbox"/> অগ্নি দুর্ঘটনা <input type="checkbox"/> বৈদ্যুতিক শক <input type="checkbox"/> ভারী ওজন পতিত হওয়া <input type="checkbox"/> কর্তব্যরত অবস্থায় সড়ক দুর্ঘটনা <input type="checkbox"/> যান্ত্রিক <input type="checkbox"/> বিস্ফোরণ <input type="checkbox"/> অন্যান্য:.....		
দুর্ঘটনার সময় শ্রমিক কি কাজে নিয়োজিত ছিল:			
শ্রমিক কি কাজ সম্পাদনের জন্য ও কোথায় যাচ্ছিলেন: (কর্তব্যরত অবস্থায় সড়ক দুর্ঘটনার জন্য প্রযোজ্য)			
উক্ত দুর্ঘটনায় অন্য কেউ আক্রান্ত হয়ে থাকলে তার বিবরণ:			

দুর্ঘটনার বিশদ বিবরণ:							
চিকিৎসার বিবরণ: (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)		হাসপাতালের নাম:				ভর্তির তারিখ:	
		ভর্তির সময়:				ঠিকানা:	
		বিবরণ:					
মৃত্যুর স্থান: (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)							
দুর্ঘটনার ফলে শ্রমিকের অবস্থা: (ঠিক চিহ্ন দিন)		<input type="checkbox"/> আহত			মৃত্যুর তারিখ ও সময়: (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)		তারিখ:
		<input type="checkbox"/> নিহত					সময়:
সংযুক্তি: (যদি থাকে) (ঠিক চিহ্ন দিন)		<input type="checkbox"/> এফ আই আর/জিডি কপি <input type="checkbox"/> সুরতহাল রিপোর্ট <input type="checkbox"/> পোস্টমর্টেম রিপোর্ট <input type="checkbox"/> মেডিকেল রিপোর্ট					
পোষ্যদের তথ্য (ওয়ারিশান সনদ অনুসারে মৃত শ্রমিকের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)							
ক্রমিক নং	ওয়ারিশগণের নাম	জন্ম তারিখ	জাতীয় পরিচয় পত্র/ জন্ম নিবন্ধন নং	সম্পর্ক	বৈবাহিক অবস্থা	অপ্রাপ্তবয়স্ক ওয়ারিশের ক্ষেত্রে অভিভাবকের নাম ও স্বাক্ষর	শ্রমিকের মৃত্যুর সময় তার আয়ের উপর আংশিক বা সম্পূর্ণভাবে নির্ভরশীল (হ্যাঁ/না)
সনদ ইস্যুকারীর তথ্য							
ইস্যুকারীর নাম:					পদবি:		
মোবাইল নং:					ই-মেইল:		
সনদ ইস্যুর তারিখ:					ইস্যুকারীর সীলসহ স্বাক্ষর:		