

Checklist Form

(To be filled by the Workman/Employee whose name is in the file named “**Detail required LML Employees/Workmen_September 2026**”)

Ref: Public Notice dated 18.09.2026 by LML Ltd.

To

The Liquidator,

LML Limited (In Liquidation),

S-34, LGF, Greater Kailash-II, New Delhi-110048

Email ID: Iml.liquidator@gmail.com

My name is in the list and my details are as under:

1. Name of Workman/Employee:
2. Employee Code: (Enclose: I-card issued by LML Ltd.)
3. Claim Number as per List:
4. Address of Workman/ Employee:
5. Father's Name:.....
6. Mobile No.:.....
7. Email Id:.....
8. PAN No. (if available):.....
9. Aadhar Card No.:.....
10. Bank Details:
 - a) Account Holder Name:
 - b) Bank Account Number:
 - c) Bank Name:
 - d) Bank Branch Address:
 - e) IFSC:
11. Copy of Cancelled Cheque/Bank Passbook (Having name of the workman/employee on it): to be enclosed with this form

I hereby confirm that

- i) my name is in the list available at LML website in file named “**Detail required LML Employees/Workmen_September 2026**”
- ii) details/documents provided by me are correct and true.
- iii) I will be solely responsible for the consequences if any false information is provided by me.

Date:

Place:

(Signature)

(Name:.....)

Note :

1. Properly filled form along with enclosures to be sent by workman/employee to liquidator's office at **email ID: Iml.liquidator@gmail.com**
2. Copy of I-card, PAN Card, Aadhar Card, Cancelled Cheque/Bank Pass Book to be enclosed with this form.

Checklist Form /चेकलिस्ट फॉर्म

यह फॉर्म उन पूर्व श्रमिकों /कर्मचारियों द्वारा भरा जायेगा जिसका नाम "Detail required LML Employees/Workmen_ September 2026" नामक फ़ाइल में है)

संदर्भ: एलएमएल लिमिटेड द्वारा सार्वजनिक सूचना दिनांक 18.09.2026

To
The Liquidator,
LML Limited (In Liquidation),
S-34, LGF, Greater Kailash-II, New Delhi-110048
Email ID: lml.liquidator@gmail.com

मेरा नाम सूची में है और मेरा विवरण इस प्रकार है:

12. कर्मचारी का नाम :
13. कर्मचारी कोड: (संलग्न करें: एलएमएल लिमिटेड द्वारा जारी आई-कार्ड/ पहचान पत्र)
14. सूची के अनुसार दावा संख्या/ Claim no.:
15. कर्मचारी का पता:
16. पिता का नाम:.....
17. मोबाइल :
18. ईमेल आईडी:.....
19. पैन नंबर (यदि उपलब्ध हो):.....
20. आधार कार्ड संख्या:.....
21. बैंक विवरण:
 - f) खाता धारक का नाम:
 - g) बैंक खाता संख्या :
 - h) बैंक का नाम:
 - i) बैंक शाखा का पता:
 - j) आईएफएससी/ IFSC:
22. रद्द चेक /बैंक पासबुक की प्रति (जिस पर कर्मचारी का नाम हो): इस फॉर्म के साथ संलग्न करें

मैं इसकी पुष्टि करता हूँ

- iv) मेरा नाम LMLWebsite पर उपलब्ध फ़ाइल नाम की फ़ाइल "Detail required LML Employees/Workmen_ September 2026" की सूची में है।
- v) मेरे द्वारा उपलब्ध कराये गये विवरण/दस्तावेज सही एवं सत्य हैं।
- vi) यदि मेरी ओर से कोई गलत जानकारी प्रदान की जाती है तो परिणामों के लिए मैं पूरी तरह से जिम्मेदार होऊंगा।

तारीख:

स्थान:

(हस्ताक्षर)

(नाम:)

नोट:

1. उचित रूप से भरा हुआ फॉर्म संलग्नकों के साथ कर्मचारी द्वारा परिसमापक के कार्यालय को ईमेल आईडी: lml.liquidator@gmail.com पर भेजा जाना चाहिए
2. इस फॉर्म के साथ LMLआई-कार्ड/ पहचान पत्र, पैन कार्ड, आधार कार्ड, रद्द चेक /बैंक पास बुक (स्व अभिप्रेमाणित) की प्रति संलग्न करनी होगी।