



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मध्यप्रदेश

8, अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल



जिलों में आशा मॉड्यूल 6-7 के प्रशिक्षण हेतु स्वयंसेवी संस्थाओं के चयन का आवेदन पत्र प्रारूप

(नोट : आवेदन पत्र भरने के पूर्व प्रपत्र का भलीभाँति अवलोकन कर लें। आवेदन पत्र को साफ व स्पष्ट शब्दों में भरें जो पठनीय हो, समस्त जानकारी हिन्दी/अंग्रेजी कोई एक भाषा का प्रयोग करें।)

जिले का नाम:—..... (जहाँ के लिए आवेदन किया गया है)

1. संस्था का नाम :

(पंजीयन प्रमाण पत्र के अनुसार)

.....
.....

2. पत्र व्यवहार का पूर्ण पता:

.....
.....

पिन : जिला :

3. दूरभाष कोड सहित..... टैलेक्स फ़ैक्स

.....
ईमेल

संपर्क व्यक्ति : पद :

4. वैधानिक स्थिति : सोसायटी () कंपनी () ट्रस्ट () ।

अन्य स्पष्ट करें

5. पंजीयन विवरण :

5.1. पंजीयन नं.

दिनांक पंजीयक

पंजीयन प्रमाण पत्र संलग्न करें। संलग्न A-1 (पेज क्र.....)

5.2. वर्तमान बोर्ड/प्रबंधकारिणी समिति के सदस्यों के संपर्क पते, व्यवसाय विवरण सहित सूची

संलग्न करें। संलग्न A-2 (पेज क्र.....)

6. संस्था की जानकारी:

6.1. संस्था का प्रधान कार्यालय किस जिले में है :

6.2. संस्था का क्षेत्रीय कार्यालय किस जिले में है :

6.3. संस्था की कोई भी परियोजना यह आवेदन करते समय किन-किन जिलों में चल रही है :

1. 2. 3.
4..... 5..... 6.....

(परियोजना स्वीकृति के आदेश की प्रतियां, इन जिलों में संस्था के परियोजना कार्यालय के पते की सूची मय संपर्क विवरण के संलग्न करें।) संलग्न B-1 (पेज क्र.....)

6.4. संस्था का पंजीयन प्रमाण पत्र, नियमावली एवं आलेख के साथ अंतिम जमा रिटर्न/ट्रस्ट डीड संलग्न करें। संलग्न B-2 (पेज क्र.....)

6.5. संस्था के वित्तीय वर्ष 2015-16, 2016-17, 2017-18 की आडिट रिपोर्ट जिसमें इन्कम व बैलंस सीट स्पष्ट रूप से अंकित हो, संलग्न करें। संलग्न B-3 (पेज क्र.....)

6.6. संस्था के 3 वर्षों की वार्षिक रिपोर्ट, गतिविधि प्रतिवेदन वित्तीय वर्ष 2015-16, 2016-17, 2017-18 का संलग्न करें। जिसमें संस्था की गतिविधियों की जानकारी स्पष्ट रूप से अंकित हो साथ ही फोटो, समाचार पत्र में प्रकाशित समाचार की छायाप्रतियां संलग्न हों। संलग्न B-4 (पेज क्र.....)

7. वित्तीय स्थिति की जानकारी -

7.1. संपत्ति/संस्था की अधोसंरचना श्रेणी.....
संपत्ति मूल्य (जैसे भूमि, भवन आदि)
(संस्था की संपत्तियों का विवरण लिखें व हॉल, भवन, उपकरणों, फर्नीचर, अन्य लॉजिस्टिक की सूची संलग्न करें।)
संलग्न करें C-1 (पेज क्र.....)

7.2. आडिट रिपोर्ट के अनुसार संस्था के वार्षिक बजट का विवरण दें:-

वर्ष	कुल आय	प्राप्त राशि का स्रोत	बैलेंस शीट की राशि	ऑडिट रिपोर्ट संलग्न कर पेज नं. लिखें	संलग्न - C-2
2015-16					(C-2.1 पेज क्र.....)
2016-17					(C-2.2 पेज क्र.....)
2017-18					(C-2.3 पेज क्र.....)

(संस्था की उपरोक्त तालिका में उल्लेखित वित्तीय वर्षों की सम्पूर्ण ऑडिट रिपोर्ट संलग्न करें जो अंकेक्षक (सी.ए) द्वारा बनाई गई हों, इस रिपोर्ट में संस्था को हुई आय की जानकारी उनके स्रोतों के साथ दर्ज हों व बैलेंस शीट भी संलग्न हों। संलग्न C-3 (पेज क्र.....)

7.3. क्या कपार्ट या किसी अन्य शासकीय संस्था/विभाग से अतीत में काली सूची (Black List) में नाम शामिल हुआ अथवा राज्य स्वास्थ्य समिति द्वारा मूल्यांकन/मॉनीटरिंग/वित्तीय अनियमितता के आधार पर अनुबंध रद्द हो, यदि हां तो विवरण दें:- संलग्न C-4 (पेज क्र.....)

.....

.....

.....

.....

8.1. वित्तीय वर्ष 2015-16, 2016-17, 2017-18 में संचालित क्षेत्र विशेष कार्यक्रमों का विवरण :-

स.क्र.	क्षेत्र	प्रचार-प्रसार गतिविधियां का विवरण	कितने वर्ष हेतु गतिविधि संचालित की गई है, वर्ष अंकित करें।	संबंधित विषय पर कोई परियोजना संचालित की गई है, वर्ष अंकित करें व परियोजना का विवरण दें।	परियोजना की स्वीकृति के आदेश की प्रति संलग्न करें, साथ ही परियोजना की अंतिम उपलब्धि बतायें	संलग्न
1	सामाजिक विकास (स्वास्थ्य छोड़कर)					D-1 (पेज क्र.....)
2	सामुदायिकरण प्रक्रिया पर					D-2 (पेज क्र.....)
3	स्वास्थ्य के क्षेत्र में					D-3 (पेज क्र.....)

8.2. संस्था द्वारा स्वास्थ्य संबंधी प्रशिक्षण या विज्ञापित गतिविधि या अन्य प्रशिक्षण के लिए कार्य किया है, तो वित्तीय वर्ष 2015-16, 2016-17, 2017-18 में की गई गतिविधियों का विवरण दें। प्रमाण पत्र संलग्न करें D -4 पेज क्र.....)

वर्ष	गतिविधि का नाम व	समूह जिसके मध्य कार्य किया गया है।	इस गतिविधि हेतु अनुदानदाता संस्था	क्या गतिविधि शासन की योजना से संचालित है।	गतिविधि के संबंध में क्या किसी वरिष्ठ अधिकारी द्वारा सत्यापन प्रमाण पत्र दिया गया है।	संलग्न
2015-16						D-4.1 (पेज क्र.....)
2016-17						D-4.2 (पेज क्र.....)
2017-18						D-4.3 (पेज क्र.....)

9.1. आयकर पंजीयन एवं आयकर में छूट संबंधी प्रमाण, 12 ए यदि हो तो नंबर छायाप्रति संलग्न करें। संलग्न E -1 (पेज क्र.....)

9.2. एफ.सी.आर.ए. में पंजीयन, यदि हो तो नंबर छायाप्रति संलग्न करें। संलग्न E -2 (पेज क्र.....)

9.3. संस्था का पेन नंबर है तो नंबर छायाप्रति संलग्न करें। संलग्न E-3 (पेज क्र.....)

10. संस्था की वर्ष 2015-16, 2016-17, 2017-18 में संपन्न गतिविधियों, परियोजनाओं का विवरण (उपरोक्त के अतिरिक्त अन्य) दें :-

वर्ष	गतिविधि का नाम	इस गतिविधि हेतु अनुदानदाता संस्था	क्या गतिविधि शासन की योजना से संचालित है।	गतिविधि के संबंध में क्या किसी वरिष्ठ अधिकारी द्वारा सत्यापन प्रमाण पत्र दिया गया है।	संलग्न
2015-16					F-1 (पेज क्र.....)
2016-17					F-2 (पेज क्र.....)
2017-18					F-3 (पेज क्र.....)

(उपरोक्त तालिका अनुसार की गई गतिविधियों के संबंध में विस्तृत विवरण दें। गतिविधियों के संबंध में पेज क्रमांक अंकित करते हुए कार्यादेश, प्रेस कटिंग एवं गतिविधि के फोटोग्राफ संलग्न करें)

11. कार्य की भौगोलिक स्थिति, गांवों की सूची, पंचायत, विकासखण्ड, तहसील/उप संभाग जिला (प्रत्येक स्थिति का पृथक से विवरण दें) संलग्न - G (पेज क्र.....)

12. लक्ष्यगत समूहों (जनसंख्या) का उल्लेख करें जिसके साथ कार्यरत हैं :-
- (1) ग्रामीण / नगरीय
 - (2) सामाजिक आर्थिक समूह
 - (3) व्यावसायिक समूह
 - (4) छात्रों / शिक्षण संस्था
 - (5) युवाओं
 - (6) महिला समूहों
 - (7) अन्य
- संलग्न H – (पेज क्र.....)

13. संस्था द्वारा विगत 3 वर्षों में संचालित परियोजनाओं की संक्षिप्त विवरणात्मक जानकारी दें।

- समुदाय में पहुंच (प्रपत्र संलग्न करें)
 - उद्देश्य (प्रपत्र संलग्न करें)
 - रणनीतियां (प्रपत्र संलग्न करें)
 - प्रमुख उपलब्धियां (प्रपत्र संलग्न करें)
 - अपनायी गई मूल्यांकन पद्धतियां (प्रपत्र संलग्न करें)
 - मूल्यांकन निष्कर्ष (प्रपत्र संलग्न करें)
- संलग्न I – (पेज क्र.....)

14. संस्था द्वारा वर्तमान में संचालित प्रमुख कार्यक्रमों का संक्षिप्त वर्णात्मक विवरण दें, जो तीन पृष्ठों से अधिक न हो। (प्रपत्र संलग्न करें) संलग्न J – (पेज क्र.....)

15. निम्नलिखित के संबंध में स्व-सत्यापित प्रमाण पत्र संलग्न करें :-

अ. प्रमाण पत्र दें कि इस आवेदन के साथ दी गई समस्त जानकारियां सही हैं यदि किसी भी समय यह पाया जाता है कि आवेदन में दी गई जानकारियां गलत हैं या संलग्न किये गये दस्तावेज में दी गई जानकारियां गलत हैं तो आवेदन तत्काल निरस्त कर दिया जावे और यदि परियोजना दी जा चुकी है तो परियोजना को तत्काल बंद करते हुए आवंटित की गई राशि की वसूली मध्यप्रदेश राज्य स्वास्थ्य समिति, संस्था से कर सकती है। संलग्न K – 1 (पेज क्र.....)

ब. प्रमाण पत्र दें, संस्था पूर्व से काली सूची (Black Listed), डिबार, अनिरंतरित (Discontinue) नहीं है। संलग्न K – 2 (पेज क्र.....)

स. प्रमाण पत्र दें कि आवेदन के साथ कुल कितने पेज संलग्न हैं – संलग्न K – 3 (पेज क्र.....)

16. उस व्यक्ति का नाम जिसने यह प्रपत्र (फार्म) भरा है :.....

नाम, शिक्षा और अनुभव, पद एवं पता :

.....

.....

हस्ताक्षर

दिनांक

विशेष नोट एवं निर्देश :-

1. संस्था द्वारा वित्तीय वर्ष 2015-16, 2016-17, 2017-18 में की गई गतिविधियों, परियोजनाओं, कार्यों की जानकारी देने के लिए प्रमाण स्वरूप स्वीकृतियों/आदेश की छायाप्रतियां, रिपोर्ट, फोटोग्राफ, समाचार पत्रों में प्रकाशित, खबरों छायाप्रतियां संलग्न करें। इन दस्तावेजों में संस्था के कार्यों की जानकारी स्पष्ट रूप से दिखाई देना चाहिए।
2. प्रशिक्षण या विज्ञापित गतिविधियों से तात्पर्य उनके लिए वर्ष में एक या दो कार्यक्रम आयोजित करने से नहीं है, बल्कि प्रशिक्षण एवं अन्य कार्यक्रम पूरे वर्ष निरंतर कार्य करने से हैं। प्रमाण स्वरूप दस्तावेज संलग्न करें। आवेदन पत्र के जिन कॉलमों में जानकारी देने के लिए जगह की कमी लगे वे अतिरिक्त लाईनें, नंबर एवं अतिरिक्त पेज जोड़ सकते हैं।
4. संस्थाओं के चयन के लिए पूर्व निर्धारित क्राइटेरिया है, जिसमें विभिन्न चरणों की प्रक्रिया के बाद संस्थाओं का अंतिम चयन होगा। चयन के इस विभिन्न चरणों के विभिन्न दस्तावेज, प्रमाण, जानकारियों की आवश्यकता होगी। अतः आवेदनकर्ता संस्था मांगे गए सभी दस्तावेज, प्रमाण, जानकारियों, आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें व पेज नं. अंकित करें। किसी भी दस्तावेज, प्रमाण, जानकारी न देने/संलग्न न करने/स्पष्ट न होने/पठनीय न होने पर आवेदनकर्ता संस्था का आवेदन किसी भी चरण में निरस्त कर दिया जाता है तो इसकी पूर्ण जिम्मेदारी आवेदनकर्ता संस्था की होगी।
5. आवेदन दिये गये निर्धारित प्रारूप में ए-4 साईज में ही करें। पूर्ण रूप से आवेदन भरकर **राज्य स्वास्थ्य समिति, एन.एच.एम, 8 अरेरा हिल्स, जेल रोड भोपाल, पिन- 462011** में डाक/कोरियर/स्वयं द्वारा जमा किया जा सकता है। इच्छुक संस्थाओं को विज्ञापन (प्रकाशन) के अंतर्गत आवेदन पूर्ण विवरण व आवश्यक दस्तावेजों सहित प्रस्तुत करना होगा।
6. आवेदन के साथ जमा किये जाने वाले सभी दस्तावेज संस्था के अधिकृत व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किये हुए होना चाहिए व उन पर संस्था की सील हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति के पदनाम की सील लगी होनी चाहिए।
8. निर्धारित प्रारूप में पूर्ण रूप से भरे हुए आवेदन पर ही विचार किया जावेगा। दी गई तिथि के पश्चात् प्राप्त आवेदनों, अपूर्ण आवेदनों एवं दस्तावेज संलग्न न होने पर ऐसे आवेदनों पर विचार नहीं किया जावेगा एवं इन्हें निरस्त कर दिया जावेगा। निरस्त किये गये आवेदनों के निरस्तीकरण के संबंध में पृथक से कोई सूचना नहीं दी जावेगी।
9. वे संस्थाएँ, जिन्हे मध्यप्रदेश राज्य स्वास्थ्य समिति द्वारा पूर्व में मूल्यांकन के आधार पर अनुबंध निरस्त किया गया हो अथवा किसी जिला स्वास्थ्य समिति द्वारा अनुबंध निरस्त किया गया हो अथवा अनिरन्तर (Discontinue) की गयी हो एवं किसी अन्य सरकारी संस्था/विभाग अथवा शासकीय अनुदाता संस्था से काली सूची (Black List) में दर्ज होगी, ऐसी संस्थाएँ आवेदन प्रस्तुत करने की पात्र नहीं होंगी। यदि संस्था पूर्व से किसी जिले में आशा प्रशिक्षण प्रदान कर रही है तो वह भी आवेदन की पात्र नहीं होगी।
7. मध्यप्रदेश, राज्य स्वास्थ्य समिति, एन.एच.एम, को समस्त आवेदनों या प्रक्रिया या दोनों को किसी भी समय निरस्त करने का पूर्ण अधिकार होगा।
8. यह अत्यंत आवश्यक है कि संस्था द्वारा जिस जिले हेतु आवेदन किया गया हो, वहाँ आशा प्रशिक्षण आयोजित किये जाने के लिए समुचित लॉजिस्टिक प्रबंधन - प्रशिक्षण हॉल, आवासीय कक्ष, रसोईघर, शौचालय एवं स्नानागार, फर्नीचर इत्यादि की व्यवस्था हो। (सूची संलग्न करें)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

8 अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल
मध्यप्रदेश

क्रमांक/एन.एच.एम./आशा/2018/12291

भोपाल, दिनांक 26/12/2018

विज्ञापन

आशा के मॉड्यूल 6-7 का जिलों में प्रशिक्षण आयोजन करने हेतु गैर सरकारी संस्थाओं से आवेदन आमंत्रित किये जाते हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत 7 जिलों होशंगाबाद, शहडोल, झाबुआ, नीमच, सिवनी, शाजापुर एवं मंदसौर में आशा का 6-7 मॉड्यूल का प्रशिक्षण आयोजित किया जाना है, जिसके लिए स्वयंसेवी संस्थाओं से राज्य स्तर पर आवेदन आमंत्रित किये जाते हैं।

मध्यप्रदेश में कार्यरत ऐसे गैर सरकारी संस्थाओं (NGO) से आवेदन आमंत्रित हैं जिसका प्रशिक्षण के क्षेत्र में कार्य करने का अनुभव है। वे गैर सरकारी संस्थाएँ जो कि समाज में सक्रिय हैं एवं सोसायटी रजिस्ट्रेशन एक्ट/ट्रस्ट एक्ट के अंतर्गत पंजीकृत हैं, इस आवेदन को प्रस्तुत करने के लिए पात्र होंगे। आवेदन के साथ रु. 250 का डिमांड ड्राफ्ट जो राज्य स्वास्थ्य समिति मध्यप्रदेश के नाम देय हो लगाना अनिवार्य है। आवेदन का प्रारूप मध्यप्रदेश शासन की स्वास्थ्य विभाग की वेबसाइट www.nhmmp.gov.in पर उपलब्ध है।

पूर्ण रूप से आवेदन भरकर राज्य स्वास्थ्य समिति, एन.एच.एम 8 अरेरा हिल्स, जेल रोड भोपाल में, प्रकाशन की दिनांक से 15 दिन के अंदर डाक/कोरियर/स्वयं द्वारा जमा किया जा सकता है। इच्छुक संस्थाओं को इस विज्ञापन (प्रकाशन) के अंतर्गत आवेदन पूर्ण विवरण व आवश्यक दस्तावेजों सहित प्रस्तुत करना होगा। निर्देशों के अनुरूप आवेदन न होने, निर्धारित प्रपत्र में न होने, दस्तावेज संलग्न न होने पर आवेदन निरस्त कर दिया जावेगा। आवेदन करने के पूर्व आवेदन प्रपत्र में दिए गए निर्देशों को ध्यान से पढ़ें एवं निर्देशों के अनुरूप ही आवेदन जमा करें।

निर्धारित प्रारूप में पूर्ण रूप से भरे हुए आवेदन पर ही विचार किया जावेगा। दी गई तिथि के पश्चात् प्राप्त आवेदनों, अपूर्ण आवेदनों एवं दस्तावेज संलग्न न होने पर ऐसे आवेदनों पर विचार नहीं किया जावेगा एवं इन्हें निरस्त कर दिया जावेगा। निरस्त किये गये आवेदनों के निरस्तीकरण के संबंध में पृथक से कोई सूचना नहीं दी जावेगी। वे संस्थाएँ, जिन्हें मध्यप्रदेश राज्य स्वास्थ्य समिति द्वारा पूर्व में मूल्यांकन के आधार पर अनुबंध निरस्त किया गया हो अथवा किसी जिला स्वास्थ्य समिति द्वारा अनुबंध निरस्त किया गया हो अथवा अनिरन्तर (Discontinue) की गयी हो एवं किसी अन्य सरकारी संस्था/विभाग अथवा शासकीय अनुदाता संस्था से काली सूची (Black List) में दर्ज होगी, ऐसी संस्थाएँ आवेदन प्रस्तुत करने की पात्र नहीं होंगी। यदि संस्था पूर्व से किसी जिले में आशा प्रशिक्षण प्रदान कर रही है तो वह भी आवेदन की पात्र नहीं होगी।

इच्छुक संस्थाएँ आवेदन करते समय अपने कार्यस्थल के अतिरिक्त उन सभी जिलों, जहां पर संस्था कार्यरत है, को आवेदन में उल्लेखित करें। चयन समिति द्वारा निर्धारित मापदंड के आधार पर वरीयताक्रम अनुसार संस्था को सम्बंधित जिले में प्रशिक्षण संचालन हेतु आमंत्रित किया जा सकता है।

मिशन संचालक
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन