

राज्य स्वास्थ्य समिति

म. प्र. सहकारी कृषि ग्रामीण बैंक, गेस्ट हाउस भवन,
द्वितीय तल, अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल

क्र./एन.एच.एम./आशा/2015/
प्रति,

भोपाल दिनांक...../2015

श्री पी. सी. थॉमस,
इंचार्ज, वेव डिवीजन,

विषय:—आशा प्रशिक्षण मॉड्यूल 6–7 के लिए स्वयं सेवी संस्थाओं के चयन के संदर्भ में।

उपरोक्त विषयांतर्गत लेख है कि जिला विदिशा एवं आगरा में स्वयं सेवी संस्था के चयन हेतु आवेदन का प्रारूप www.health.mp.gov.in में upload करना है।

अतः संलग्न प्रारूप के अनुसार आवेदन प्रपत्र upload करें।

(फैज अहमद किदवई)

मिशन संचालक,
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश

क्र./एन.एच.एम./आशा/2015/

भोपाल दिनांक...../2015

मिशन संचालक,
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश

आशा प्रशिक्षण मॉड्यूल 6-7 (शेष रह गये प्रशिक्षण) प्रशिक्षण के लिए स्वयंसेवी संस्थाओं के चयन के मापदंड की मार्गदर्शिका

आवेदन की पात्रता के मापदंड –

- धारा 27 के तहत फर्म एवं सोसायटी पंजीकरण एक्ट के तहत पंजीकृत संस्था ही पात्र होंगी। संस्था का पंजीयन तीन वर्ष पूर्व होना चाहिए।
- जिले की संस्था को प्राथमिकता दी जाये अथवा संस्था का कार्यालय या प्रोजेक्ट ऑफिस जिले में हो।
- एक संस्था एक ही जिले में प्रशिक्षण कार्य कर सकेगी, अतः यदि किसी संस्था द्वारा मध्यप्रदेश के किसी भी जिले में आशा प्रशिक्षण प्रबंधन का कार्य किया जा रहा है, ऐसी स्थिति में वह संस्था पुनः आवेदन न करे।
- जिला स्तर पर संस्था चयन पश्चात् राज्य को प्रथम चार चयनित संस्था के नाम भेजे जायेंगे जहां प्राथमिकता के आधार पर निर्णय किया जायेगा। इस बाबत उस संस्था को यह शपथपत्र भी देना होगा कि उसे यह व्यवस्था मान्य होगी।
- चयन का आधार उसके जिले में काम का परफॉर्मंस, स्टाफ की संख्या, ऑफिस सेटअप होगा।

संस्था का चयन निम्न मापदण्डों को संलग्न प्रपत्र में दिये गये विवरण एवं अंक तालिका के आधार पर किया जायेगा –

- तीन वर्ष का कार्य, जिला कार्यालय, कार्यालय स्टाफ कितने स्थायी कर्मचारी है, कितने प्रोजेक्ट के स्टाफ है, ऑफिस एसेट्स आदि
- ऑडिटेड स्टेटमेंट एवं बैलेंस शीट कम से कम तीन वर्ष
- स्वयंसेवी संस्था का स्वयं का प्रशिक्षण केंद्र भी चयन का एक आधार होगा।
- समुदाय में काम प्रोजेक्ट के आधार पर होगा। उसकी क्षमता का निर्धारण समुदाय के बीच काम के आधार पर होगा।
- इनमें ऑफिस सेटअप, दस्तावेज एवं स्टाफ उनकी क्षमता एवं इन दस्तावेजों एवं स्टाफ क्षमता का निर्धारण, फील्ड एप्रैजल से होगा।
- किसी भी विभाग द्वारा ब्लैक लिस्टेड घोषित संस्थाओं का चयन नहीं किया जायेगा। यदि स्वास्थ्य विभाग में भी संस्था का परफॉर्मंस संतोषजनक नहीं है तो वह उसे ब्लैकलिस्टेड घोषित कर सकती है।

चैकलिस्ट में निम्न दस्तावेजों का अवलोकन भी किया जायेगा –

- तीन साल के कार्य की रिपोर्ट
 - ऑफिस सेटअप
 - प्रोजेक्ट्स
 - बैंक एकाउंट स्टेटमेंट
 - फॉर्म 12ए आदि
 - स्टाफ/प्रोजेक्ट स्टाफ
- संस्था का अनुमोदन जिला स्वास्थ्य समिति द्वारा किया जायेगा।

**विदिशा एवं आगर जिले में आशा प्रशिक्षण मॉड्यूल 6 एवं 7 (शेष रह गये प्रशिक्षण) हेतु
संस्था चयन के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप –**

(नोट : विज्ञापन पश्चात पन्द्रह दिवस के अंदर आवेदन पत्र डाक/स्पीड पोस्ट/कोरियर से भेजना आवश्यक होगा। आवेदन पत्र भरने के पूर्व निर्देशों का अवलोकन कर लें। आवेदन पत्र को साफ व स्पष्ट शब्दों में भरें जो पठनीय हो, समस्त जानकारी हिन्दी/अंग्रेजी में भरें। कोई एक भाषा का प्रयोग करें।)

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 :

1. पंजीयन नं.

दिनांक पंजीयक

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

2. वर्तमान बोर्ड/प्रबंधकारिणी समिति के सदस्यों के संपर्क पते, व्यवसाय विवरण सहित सूची संलग्न करें। – संलग्न – ए-2 (पेज क्र.....)

6 संस्था की जानकारी:

1. संस्था का कार्यालय किस जिले में है :

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

1. 2. 3.

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

3. संस्था का पंजीयन प्रमाण पत्र, नियमावली एवं आलेख के साथ अंतिम जमा रिटर्न/ट्रस्ट डीड संलग्न करें। – संलग्न बी-2 (पेज नं.....)

4. संस्था के वित्तीय वर्ष 2011-12, 2012-13 व 2013-14 की आडिट रिपोर्ट जिसमें इन्कम व बैलंस सीट स्पष्ट रूप से अंकित हो, संलग्न करें।

5. संस्था के 3 वर्षों की वार्षिक रिपोर्ट, गतिविधि प्रतिवेदन वित्तीय वर्ष 2011-12, 2012-13 व 2013-14 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 बी-4 (पेज नं.)

7. वित्तीय स्थिति की जानकारी –

1. संपत्ति/संस्था की अधोसंरचना श्रेणी.....

अ. भवन:-(प्रशिक्षण हॉल भरपूर रौशनी, खुला एवं हवादार,(300 से 425 वर्ग फीट) – प्रति बैच एक, आवासीय कमरे-प्रति बैच 4 कमरे, बाथरूम- प्रति बैच 4, टायलेट- प्रति बैच 4, किचिन- 1, डाइनिंग हॉल/भोजन हेतु जगह-1

ब. फर्नीचर:- (टेबल एवं कुर्सी)

स. प्रशिक्षण सामग्री एवं उपकरण:—(ब्लाइट बोर्ड— प्रति बैच 1, प्रशिक्षण हेतु प्रोजेक्टर एवं एलसीडी— प्रति बैच 1, लाइट न होने कि स्थिति में जनरेटर—1, स्काइप का सेटअप,

द. अन्य:— मौसम एव आवश्यकतानुसार – पंखा एवं कूलर, दरी आवश्यकतानुसार, गद्दे, रजाई, चादर एवं तकिया— एक प्रति आशा।

नोट:— संस्था का यदि स्वयं का भवन न हो उस स्थिति में संस्था उक्त मापदण्डों के अनुसार भवन किराये पर लेकर किराया नामा की प्रति प्रस्तुत करे। इस हेतु संस्था पूर्व में ही लिखित गारंटी देना सुनिश्चित करे कि प्रशिक्षण प्रबंधन कार्य मिलने के 15 दिवस पूर्व उपरोक्त भवन किराये पर लिया जावेगा, तथा अन्य आवश्यक उपकरण मुहैया कर लिया जावेगा।

संपत्ति मूल्य (जैसे भूमि, भवन आदि)

(संस्था की संपत्तियों का विवरण लिखें व उपकरणों, फर्नीचर की सूची संलग्न करें।)

संलग्न करें – सी-1 (पेज क्र.....)

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 –बी-4
2011-12					(बी-4 पेज क्र.....)
2012-13					(बी-4 पेज क्र.....)
2013-14					(बी-4 पेज क्र.....)

				अंकित करें व परियोजना का विवरण दें।	अंतिम उपलब्धि बतायें	
1	सामाजिक विकास (स्वास्थ्य छोड़कर)					ई-1 (पेज क्र.....)
2	सामुदायिकरण प्रक्रिया पर					ई-2 (पेज क्र.....)
3	प्रशिक्षण या विज्ञापित स्वास्थ्य के क्षेत्र में					ई-3 (पेज क्र.....)

8.2. संस्था द्वारा स्वास्थ्य संबंधी प्रशिक्षण या विज्ञापित गतिविधि के लिए कार्य किया है, तो वित्तीय वर्ष, 2011-12, 2012-13 व 2013-14 में की गई गतिविधियों का विवरण दें। प्रमाण पत्र संलग्न करें जी- पेज नं.....

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	संलग्न

					द्वारा सत्यापन प्रमाण पत्र दिया गया है।	
2011-12						जी-1 (पेज क्र...)
2012-13						जी-2 (पेज क्र...)
2013-14						जी-3 (पेज क्र...)

9.1. आयकर पंजीयन एवं आयकर में छूट संबंधी प्रमाण, 12 ए यदि हो तो नंबर

छायाप्रति संलग्न करें। – संलग्न एच-1 (पेज नं.....)

2. एफ.सी.आर.ए. में पंजीयन, यदि हो तो नंबरछायाप्रति संलग्न करें। – संलग्न एच-2 (पेज नं.....)

3. संस्था का पेन नंबर है तो नंबर छायाप्रति संलग्न करें। – संलग्न एच-3 (पेज नं....)

10. 1. संस्था की वर्ष 2011-12, 2012-13 व 2013-14 में संपन्न गतिविधियों, परियोजनाओं का विवरण दें :-

वर्ष	गतिविधि का नाम	इस गतिविधि हेतु अनुदानदाता	क्या गतिविधि शासन की योजना से	गतिविधि के संबंध में क्या किसी वरिष्ठ	संलग्न

		संस्था	संचालित है।	अधिकारी द्वारा सत्यापन प्रमाण पत्र दिया गया है।	
2011-12					बी-4 (पेज क्र.)
2012-13					बी-4 (पेज क्र.)
2013-14					बी-4 (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 आई- (पेज नं.....)

12. लक्ष्यगत समूहों (जनसंख्या) का उल्लेख करें जिसके साथ कार्यरत हैं :-

- () ग्रामीण/नगरीय
- () सामाजिक आर्थिक समूह
- () व्यावसायिक समूह
- () छात्रों/ शिक्षण संस्था
- () युवाओं '
- () महिला समूहों '
- () अन्य

संलग्न जे- (पेज नं.....)

13. कृपया संस्था द्वारा विगत 3 वर्षों में संचालित प्रमुख परियोजनाओं की 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 के (पेज नं.....)

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

15 निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रमाणित प्रतियां संलग्न करें :-

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 है 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 एम - पेज नं.

ब. प्रमाण पत्र दें संस्था पूर्व से काली सूची ;ठसंबा स्पेजमक द्वए डिबार, अनिरंतरित ;कपेबवदजपदनमद्ध नहीं है। संलग्न एन- (पेज नं.....)

स. प्रमाण पत्र दें कि आवेदन के साथ कुल कितने पेज संलग्न हैं - संलग्न ओ - (पेज नं.....)

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

नाम, शिक्षा और अनुभव, पद एवं पता :

हस्ताक्षर

दिनांक

विशेष नोट :-

1⁰ संस्था द्वारा वित्तीय वर्ष 2011-12, 2012-13 व 2013-14 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^o 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।

3^o आवेदन कर्ता संस्था को इस 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^o 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^o आवेदन दिये गये निर्धारित प्रारूप में ए-4 साईज में ही करें।

6^o 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।

7^o मध्यप्रदेश राज्य स्वास्थ्य समिति को समस्त आवेदनों को किसी भी समय निरस्त करने का पूर्ण अधिकार होगा।

नोट- यह विज्ञापन जिला विदिशा एवं आगर के लिये प्रकाशित किया जा रहा है, प्रत्येक जिले के लिये अलग अलग आवेदन देना होगा।