

नर्सिंग संस्थानों के अन्तर्गत ANM/GNM/B.Sc (N)/Post Basic B.Sc(N)/M.Sc(N)  
पाठ्यक्रम की मान्यता हेतु आवेदन पत्र/चेकलिस्ट का प्रारूप।

(1) पाठ्यक्रम का नाम – ANM/GNM/B.Sc(N)/Post Basic B.Sc (N)/M.Sc(N)

(2) निरीक्षण के प्रकार को चिन्हित करे (✓) :-

(i) प्रथम निरीक्षण

(ii) द्वितीय निरीक्षण

(iii) औचक निरीक्षण

(iv) सीट वृद्धि हेतु निरीक्षण

(3) नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थान/स्कूल/महाविद्यालय का नाम एवं पता पिन कोड सहित –

(क) संस्था प्रधान/संचालक का नाम एवं पता पिन कोड सहित –

ई-मेल –

फोन नं०–

(4) ट्रस्ट/सोसाईटी/प्राइवेट लिमिटेड कम्पनी जिसके द्वारा नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थान/स्कूल/महाविद्यालय प्रस्तावित हो, का नाम एवं पता पिन कोड सहित –

ई-मेल –

फोन नं०–

(5) शैक्षणिक एवं गैर शैक्षणिक भवन के निर्माण हेतु जमीन/भूखंड का विवरण –

(i) क्षेत्रफल –

(ii) खाता सं० –

(iii) खेसरा सं०–

(iv) तौजी नं० –

(v) थाना सं०–

(vi) अंचल –

(vii) अनुमण्डल –

(viii) जिला –

(ix) क्या जमीन/भूखंड ट्रस्ट/सोसाईटी/प्राइवेट लिमिटेड कंपनी अथवा नर्सिंग स्कूल/संस्थान/महाविद्यालय के नाम से निबंधित है – हाँ / नहीं

(x) जमीन/भूखंड के स्वामी का विवरण (नाम एवं पता पिन कोड सहित) –

(a) लीज की स्थिति में क्या भूस्वामी प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/कंपनी का सदस्य है --

हाँ / नहीं

(b) निबंधित लीज की अवधि 30 वर्ष या उससे अधिक है –

हाँ / नहीं

92

(c) भूमि संबंधित मापदंड जो ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम के लिए 80 डिसिमिल तथा शेष पाठ्यक्रमों के लिए 150 डिसिमिल निर्धारित है का अद्यतन लगान रसीद संलग्न है – हाँ / नहीं

(d) जिला पदाधिकारी/जिला पदाधिकारी के प्राधिकृत पदाधिकारी द्वारा प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/कंपनी के पास भारतीय उपचर्या परिषद के मानकों के अनुरूप स्कूल/छात्रावास भवन एवं राज्य सरकार द्वारा निर्धारित जमीन/भूखंड की उपलब्धता से संबंधित अनापति प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न है – हाँ / नहीं

(6) शैक्षणिक एवं गैर शैक्षणिक भवन तथा अस्पताल का विवरण --

(A) शैक्षणिक भवन

(i) क्या भवन रिहायशी/शैक्षणिक प्रक्षेत्र में है –

(ii) क्या शैक्षणिक भवन कंडिका-5 में वर्णित भूखंड पर निर्मित है –

हाँ / नहीं

यदि नहीं तो निबंधित किराये/लीज की अवधि अधिकतम दो वर्ष या उससे कम हो तथा लीज प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/स्कूल के नाम से निबंधित है –

हाँ / नहीं

(iii) शैक्षणिक भवन का कुल क्षेत्रफल –

(iv) क्या इस शैक्षणिक भवन में किसी अन्य पाठ्यक्रम की पढ़ाई होती है –

हाँ / नहीं

यदि हाँ, तो पाठ्यक्रम का नाम –

सीटों की संख्या –

(v) प्राचार्य/जूनियर ट्यूटर एवं अन्य सभी शैक्षणिक/गैर शैक्षणिक कर्मियों की सूची तथा दूसरे संस्थान में नियोजित नहीं होने संबंधी शपथ पत्र विभागीय पत्रांक-71(6), दिनांक-17.01.2019 द्वारा निर्गत प्रपत्र -1 एवं 2 में संलग्न है –

हाँ / नहीं

(vi) शैक्षणिक एवं प्रायोगिक प्रभाग का विस्तृत विवरण संलग्न है –

हाँ / नहीं

कार्यालय –

कक्षा की संख्या –

लैब की संख्या –

पुस्तकालय –

(B) छात्रावास

(i) क्या छात्रावास भवन कंडिका-5 में वर्णित भूखंड पर निर्मित है –

हाँ / नहीं

यदि नहीं तो निबंधित किराये/लीज की अवधि अधिकतम दो वर्ष या उससे कम हो तथा लीज प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/स्कूल के नाम से निबंधित है –

हाँ / नहीं

(ii) कुल क्षेत्रफल –

(iii) क्या प्रस्तावित छात्रावास का उपयोग किसी अन्य संचालित कोर्स के छात्रों/छात्राओं के लिए भी किया जाता है –

हाँ / नहीं

यदि हाँ, तो पाठ्यक्रम का नाम –

सीटों की संख्या –

989(6)

5/8/19

- (iv) छात्रावास के साथ वार्डन/छात्रावास अधीक्षक का आवास उपलब्ध है – हाँ / नहीं
- (v) छात्रावास सुरक्षित एवं मेस उपलब्ध है – हाँ / नहीं
- (vi) क्या स्कूल एवं छात्रावास भवन में CCTV Camera की उपलब्धत है ? हाँ / नहीं
- (vii) शैक्षणिक भवन, छात्रावास भवन तथा अस्पताल भवन के नक्शे का Blue Print एवं प्रस्तावित सीटों की संख्या के अनुरूप सभी मूलभूत भौतिक संसाधनों की विवरणी संलग्न है— हाँ / नहीं
- (viii) Blue Print या नक्शा स्थानीय निकाय द्वारा पारित है – हाँ / नहीं
- (ix) शैक्षणिक भवन, छात्रावास भवन तथा अस्पताल भवन का स्थानीय अग्निशमन कार्यालय/विभाग द्वारा अनापत्ति प्रमाण-पत्र की छायाप्रति संलग्न है – हाँ / नहीं
- (x) संस्थान के लिए अग्निशामक यंत्र एवं प्रशिक्षित कर्मचारी का प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न है— हाँ / नहीं

### (C) अस्पताल

- (i) आवेदित पाठ्यक्रम के लिए भारतीय उपचर्या परिषद, नई दिल्ली द्वारा निर्धारित अनुमान्य बिस्तरों/शैय्या वाले पैरेंट अस्पताल/अस्पताल से प्रशिक्षुओं के प्रशिक्षण के लिए सक्षम प्राधिकार (संबंधित जिले के सिविल सर्जन) द्वारा निर्गत अनापत्ति प्रमाण पत्र। उक्त अनापत्ति प्रमाण पत्र में उल्लेख होगा कि उक्त अस्पताल में प्रत्येक विभाग के लिए कितने बिस्तर/शैय्या/शैय्याछादन दर उपलब्ध है। अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न है – हाँ / नहीं
- (ii) सामुदायिक प्रशिक्षण— स्कूल के प्रशिक्षुओं के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के जानकारी के लिए अनुमान्य विस्तरों वाले समुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्रा0स्वा0केन्द्र से संबद्धता का प्रमाण पत्र संलग्न है— (मात्र ए0एन0एम0 के लागू) हाँ / नहीं
- (iii) क्या पैरेंट हॉस्पिटल प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/कंपनी का अपना अस्पताल है? हाँ / नहीं  
यदि नहीं तो अस्पताल के मालिक की विवरणी एवं प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/कंपनी से संबंध का उल्लेख करें।

साथ ही अस्पताल के मालिक का भारतीय उपचर्या परिषद द्वारा निर्गत दिशा निर्देश (The Hospital would continue to function as a 'Parent Hospital' till the life of the Nursing Institution. The affidavit would also be to the effect that the Member of the Trust would not allow the Hospital to be treated as a 'Parent/Affiliated Hospital' to any other Nursing Institution.) का प्रथम श्रेणी के कार्यापालक दण्डाधिकारी के समक्ष लिये गये शपथ पत्र की मूल प्रति संलग्न करें। ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम के लिए लागू नहीं।

- (iv) Parental Hospital का बिहार Clinical Establishment Act द्वारा निबंधन का प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न है – हाँ / नहीं
- (v) उक्त अस्पताल को बिहार प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से अनापत्ति प्रमाण पत्र प्राप्त है— हाँ / नहीं
- (vi) संचालित विभाग एवं निर्धारित शैय्या की संख्या –

- (vii) सभी विभागों में कार्यरत चिकित्सा कर्मियों की विस्तृत सूचना संलग्न है - हाँ / नहीं
- (viii) अस्पताल में कार्यरत चिकित्सकों से संबंधित सूचना निम्नांकित प्रपत्र में संलग्न है - हाँ / नहीं
- नाम- पदनाम- योग्यता -
- रेजिस्ट्रेशन संख्या - सहमति पत्र-
- (ix) प्रस्तावित पाठ्यक्रम के मानक के अनुरूप अस्पताल में सभी सुविधाओं की उपलब्धता (O.T., Minor O.T., Labor Room, Dressing Room, ICU, NICU, ICCU, PICU, X-ray, USG, Pathology) आदि की उपलब्धता की विवरणी संलग्न है - हाँ / नहीं


**(7) वित्तीय प्रबंधन**

- (a) Audit Report - Minimum 3years की प्रति संलग्न है - हाँ / नहीं
- (b) ट्रस्ट/सोसाईटी/कंपनी जो तीन साल या उससे कम अवधि से कार्यरत हो तो -
- (i) ट्रस्ट के सभी नामित सदस्यों के पिछले कम से कम तीन वर्षों का आय-व्यय विवरणी (Income Tax Return) की छायाप्रति संलग्न है - हाँ / नहीं
- (ii) ट्रस्ट के नाम पर Fixed Deposit संबंधित अभिलेख की छायाप्रति संलग्न है - हाँ / नहीं
- (iii) ट्रस्ट का अद्यतन कम से कम छः महीने का Bank Statement की छायाप्रति संलग्न है - हाँ / नहीं
- (c) विद्यालय/कॉलेज प्रबंधन समिति, नामांकन/चयन समिति तथा एंटी रैगिंग समिति की विवरणी संलग्न है - हाँ / नहीं
- (d) संस्थान के पास उपलब्ध परिवहन सुविधा की विवरणी संलग्न है - हाँ / नहीं
- (8) शपथ पत्र - (i) उपर्युक्त सभी विवरणी का प्रथम श्रेणी के कार्यापालक दण्डाधिकारी के समक्ष लिया गया इस आशय का शपथ-पत्र कि सभी प्रमाण पत्र एवं सूचनाएँ सही हैं तथा राज्य सरकार द्वारा समय समय पर निर्गत दिशा निर्देशों का अनुपालन संस्थान करेगी। गलत पाए जाने पर विभाग कानूनी कार्रवाई करने के लिए स्वतंत्र होगी। उक्त आशय का शपथ पत्र संलग्न है - हाँ / नहीं

नोट :- सभी अभिलेखों की स्वअभिप्रमाणीत प्रति संलग्न करें। पूर्णरूपेण भरा हुआ चेकलिस्ट अभिलेख सहित अग्रसारण पत्र निदेशक प्रमुख (नर्सिंग) स्वास्थ्य सेवाएँ, बिहार, पटना के नाम से संलग्न करें।

स्थान :-

तिथि :-

989(6)   
5/8/19

आवेदक का हस्ताक्षर

(आवेदक का नाम पूरा पता सहित)

242  
88

## शपथ-पत्र का प्रारूप

मैं ..... पिता का नाम .....

उम्र- ..... वर्ष, स्थायी पता- .....

.....  
ट्रस्ट/सोसाइटी का सचिव/निदेशक हूँ। हमारे द्वारा .....(स्कूल/संस्थान का पूरा नाम एवं पता पिन कोड सहित) के अन्तर्गत ..... पाठ्यक्रम की मान्यता हेतु आवेदन समर्पित किया गया है। शपथ पूर्वक ब्यान करता हूँ कि :-

- (क) प्रस्तावित स्कूल/संस्थान की मान्यता के संबंध में शैक्षणिक कार्य हेतु मैंने जो शैक्षणिक कर्मियों की सूची अभिलेख सहित समर्पित किया है, वे सभी कर्मी किसी भी दूसरे संस्थान में नियोजित नहीं है तथा मान्यता प्राप्ति के उपरांत मेरे स्कूल/संस्थान में शैक्षणिक कार्य सम्पादित करेगें।
- (ख) यदि किसी कर्मी के द्वारा संस्थान से त्यागपत्र दिया जाता तो उसकी सूचना तथा नये कर्मी की नियुक्ति की सूचना अभिलेख सहित विभाग को दूगा।
- (ग) यह कि उपरोक्त सूचना सही है एवं गलत पाये जाने पर मान्यता आवेदन/मान्यता किसी भी समय स्वास्थ्य विभाग अस्वीकृत/रद्द कर सकती है।

71(6)  
17/01/19

7/1/19

Q

विहित प्रपत्र

71(6)  
17/01/19

221

88

स्कूल/संस्थान का नाम एवं पूरा पता -


पाठ्यक्रम का नाम -

शैक्षणिक कर्मियों की विवरणी -

क्र०स०	शैक्षणिक कर्मी का नाम	गृह जिला एवं राज्य	जन्म तिथि	पदनाम	शैक्षणिक योग्यता	अनुभव	आधार संख्या
01							
02							
03							
04							
05							
06							

स्कूल/संस्थान के निदेशक/सचिव का  
हस्ताक्षर एवं मुहर

विशेषज्ञ समिति के अध्यक्ष का हस्ताक्षर।

  
17/1/19

