

## సాంప్రదాయ సమాజ ఆరోగ్య ప్రదాతలకు స్వచ్ఛంద ధృవీకరణ (VCSTCHPs)

1) పూర్తి పేరు

1.1) లింగం : పురుషుడు / స్త్రీ

1.2) పుట్టిన తేదీ :

1.3) చిరునామా:

1.4) మండలం:

1.5) జిల్లా:

1.6) పిన్ కోడ్.:

1.7) టెలిఫోన్ నెంబరు:

1.8) మొబైల్ నెంబరు:

2) అభ్యర్థికి శిక్షణ ఇచ్చిన కుటుంబ పెద్దలు / గురువుల వివరాలు:

2.1) పూర్తి పేరు:

2.2) సంబంధం:

2.3) చిరునామా:

2.4) మండలం:

2.5) జిల్లా:

2.6) పిన్ కోడ్.:

2.7) టెలిఫోన్ నెంబరు:

2.8) మొబైల్ నెంబరు.:

3) టిసిహెచ్పిగా ప్రాక్టీసు చేస్తున్న అభ్యర్థి అనుభవం: \_\_\_\_\_ సంవత్సరాలు

4) ధృవీకరణ కొరకు ఎంచుకొన్న రంగం (వర్తించే వాటిపై టిక్ పెట్టండి)

సాధారణ వ్యాధులు

సాంప్రదాయ ప్రసవం

కామెర్లు

విరిగిన ఎముకలను సరిచేయటం

విష సంబంధ కాట్లు

కీళ్ల నొప్పులు/కీళ్లవాతాలు

5) మీరు ప్రాక్టీసు చేసే ఇతర రంగాలు: i)

ii)

iii)

6) మదింపు కోసం ఎంచుకున్న భాష:

7) గతంలో మీరు ఏదేనీ పిఆర్సీబిలో రిజిస్టర్ అయ్యారా?  అవును /  కాదు

8) గతంలో మీ దరఖాస్తును తిరస్కరించటం జరిగిందా?  అవును /  కాదు

9) ఇదే పథకం క్రింద ఇప్పటికే ధృవీకరణ పొందివుంటే, లేదా టిడియకు దరఖాస్తు చేసి వుంటే, మీ దరఖాస్తు సంఖ్య తెలియజేయండి

**ధృవీకరణ:** నాకు ఉన్న జ్ఞానం, సామర్థ్యం మేరకు, నా కుటుంబ పెద్దలు / గురువులు ఇచ్చిన శిక్షణ మేరకు, ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణలో భాగంగా మూలికల ద్వారా సాంప్రదాయ/ జానపద చికిత్సను అందిస్తున్నానని; నా రోగులకు అలోపతి లేదా హోమియోపతి మందులతో చికిత్స చేయనని ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాను. పైన తెలియజేసిన సమాచారం నాకు తెలిసినంత వరకు వాస్తవమేని ఇందుమూలంగా పేర్కొంటున్నాను. సెల్స్ అట్టెస్ట్ చేసిన 3 పాస్పోర్టు సైజు ఫోటోగ్రాఫ్లను జత చేశాను.

తేదీ:

అభ్యర్థి సంతకం లేదా వేలి ముద్ర

ప్రాంతం:

## గ్రామ పంచాయతీ ఆమోదం

### గ్రామ సభ / గ్రామ పంచాయతీ / స్థానిక ప్రభుత్వం ఎండోర్స్మెంట్

(ఎ) గుర్తింపు (బి) స్థానిక చిరునామా (సి) ప్రాక్టీసు చేస్తున్న సంవత్సరాలు (డి) ప్రాక్టీసు చేస్తున్న రంగం (ఇ) మీ గ్రామ కమ్యూనిటీలో టీసిహెచ్ఐ ఉపయోగం లను పేర్కొనండి)

శ్రీ / శ్రీమతి / కుమారి \_\_\_\_\_ కుమారుడు / కుమార్తె / భర్త / భార్య శ్రీ / శ్రీమతి \_\_\_\_\_ టీసిహెచ్ఐగా \_\_\_\_\_ గ్రామం \_\_\_\_\_ పోస్ట్ \_\_\_\_\_ జిల్లా \_\_\_\_\_ రాష్ట్రంలో \_\_\_\_\_ సంవత్సరాలుగా ప్రాక్టీసు చేస్తున్నారని తెలియజేస్తున్నాము.

అతడు / ఆమె సాంప్రదాయ, సాముదాయ ఆరోగ్య రక్షణ సేవలను క్రింది అంశాలకు సంబంధించి అందిస్తున్నారు. (వర్తించే వాటిపై టిక్ చేయండి)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> సాధారణ వ్యాధులు  | <input type="checkbox"/> సాంప్రదాయ ప్రసవం           |
| <input type="checkbox"/> కామెర్లు         | <input type="checkbox"/> విరిగిన ఎముకలను సరిచేయటం   |
| <input type="checkbox"/> విష సంబంధ కాట్లు | <input type="checkbox"/> కీళ్ల నొప్పులు/కీళ్లవాతాలు |

సాంప్రదాయ సాముదాయ ఆరోగ్య రక్షణ సేవలను అందించే వ్యక్తి (టిసిహెచ్ఐ) గా శ్రీ / శ్రీమతి \_\_\_\_\_ సేవలు మా గ్రామానికి ఎంతో ఉపయోగకరంగా ఉన్నాయి.

తేదీ: \_\_\_\_\_ సంతకం: \_\_\_\_\_

ప్రాంతం: \_\_\_\_\_ పేరు: \_\_\_\_\_

సీల్:

(టిసిహెచ్ఐ నివసిస్తున్న ప్రాంతపు గ్రామ సభ / గ్రామ పంచాయతీ / స్థానిక ప్రభుత్వ సర్పంచ్ లేదా కార్యదర్శి నుంచి ఈ డాక్యుమెంట్ను తీసుకోవాలి)

## టిసిహెచ్పిల ప్రవర్తనా నియమావళి

సంప్రదాయ, సాముదాయక ఆరోగ్య రక్షణ సేవలను అందించే టిసిహెచ్పిలకు ఉద్దేశించిన స్వచ్ఛంద ధృవీకరణ పథకం ప్రాథమిక ఆరోగ్య రంగంలో టిసిహెచ్పిలు పోషించే పాత్ర ప్రాధాన్యతను గుర్తిస్తుంది. (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-HealthcareProviders.php>) దీనికి సంబంధించి, తన నుంచి సేవలను ఆశిస్తున్న వ్యక్తులకు బాధ్యతాయుతమైన, భద్రమైన, సురక్షితమైన వాతావరణాన్ని కల్పించవలసిన బాధ్యతను టిసిహెచ్పిలు తీసుకోవాలి.

టిసిహెచ్పిల ఉన్నత పని ప్రమాణాలను పాటించేందుకు, క్రింది ప్రాథమిక ప్రవర్తనా నియమావళిని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

1. సేవల నిమిత్తం నా వద్దకు వచ్చే వ్యక్తుల కులం, లింగం, లైంగిక ధోరణి, మతం, జాతీయతల ఆధారంగా వివక్ష పాటించటం, సేవలను నిరాకరించటం చేయను.
2. సన్నిహితులతో సమావేశాలు, విద్యాపరమైన కార్యక్రమాలు, అధ్యయనాల ద్వారా నా జ్ఞానం, నైపుణ్యాలను విస్తరింపజేస్తాను.
3. వైద్య సేవలకు సంబంధించి ధృవీకరణ పొందిన అంశంలో నైతిక విలువలను పాటిస్తాను. తప్పు విధానాలలో ధృవీకరణ ప్రాతినిధ్యానికి పాల్పడను.
4. ఆరోగ్యకరమైన జీవనశైలిని అనుసరిస్తాను.
5. పని ప్రదేశంలో సురక్షితమైన వాతావరణాన్ని కల్పించటంతో పాటు సేవలను కోరి వచ్చేవారిలో సురక్షితమైన వర్కింగ్ రిలేషన్ షిప్ ను నెలకొల్పుతాను.
6. నా పనికి సంబంధించి మానవతావాద దృక్పథంతో వ్యవహరిస్తూ సమాజ ఆరోగ్య కార్యక్రమాలకు మద్దతు ఇస్తాను.
7. నేను ప్రాక్టీసు చేస్తున్న రంగంలోని కేసులను మాత్రమే స్వీకరిస్తాను. ఏవేని అత్యవసర కేసులను సమీపంలోని ఆరోగ్య సదుపాయ కేంద్రానికి పంపుతాను.
8. సంప్రదాయ ఆరోగ్య రక్షణకు సంబంధించిన అంశాలన్నింటిలో, ఉత్తమమైన విధానాలను, పద్ధతులను పాటిస్తూ నిరంతరం జ్ఞానాన్ని, నైపుణ్యాలను పెంచుకొనేందుకు కృషి చేస్తాను.
9. నా జ్ఞానం, నైపుణ్యాలు, పని సంబంధాలను పారదర్శకంగా ఉంచుతూ, సమాజంలోని ప్రజలకు ప్రయోజకంగా ఉండేలా చూస్తాను.
10. నా నుంచి సేవలను ఆశించే వ్యక్తుల సమగ్రతను గౌరవిస్తూ, వారి సంక్షేమాన్ని కాపాడతాను. సేవలను అందించే క్రమంలో వారి నుంచి అందిన సమాచారాన్ని కాపాడటం నా విధి అని గుర్తించాను.
11. మా కార్యక్రమాలకు ప్రచారం కల్పించేందుకు ఏవిధమైన ప్రకటనలు, ప్రజా ప్రకటనలు లేదా నాకోసం ఇతరులు లేదా నాకు నేనే ప్రమోషనల్ మెటీరియల్ రూపొందించటం చేయను.

12. అవాస్తవికమైన, తప్పుదారి పట్టించే, మోసపూరితమైన ప్రకటనలను నేను చేయను.
13. నేను పనిచేసే ప్రదేశంలో నా ధృవీకరణ పత్రాన్ని (రెండు వైపులా) ప్రదర్శిస్తాను.

టిసిహెచ్పి పేరు :

తేదీ :

టిసిహెచ్పి సంతకం :

ప్రాంతం :

## స్వీయ ధృవీకరణ

నేను, (టిసిహెచ్పి పేరు) \_\_\_\_\_ మా సమాజంలో \_\_\_\_\_ రంగంలో మా కుటుంబం / గురువు ద్వారా పొందిన జ్ఞానం, నైపుణ్యాల ఆధారంగా సాంప్రదాయ ఆరోగ్య రక్షణ సేవలు అందజేస్తున్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను. తర్వాత రోజుల్లో, ఇతర ఫార్మల్ వైద్య వ్యవస్థల సేవలను అందిస్తున్నట్లుగానీ, నా ధృవీకరణను దుర్వినియోగం చేసినట్లు గానీ వెల్లడైతే, నా ధృవీకరణను నిలుపుదల చేయటం / ఆలగించటం చేయవచ్చునని నేను అర్థం చేసుకొన్నాను.

నా ప్రవర్తనకు సంబంధించి ఏ విధమైన న్యాయపరమైన విచారణలు పెండింగ్లో లేవు లేదా, మరేదైనా నియంత్రణా సంస్థ పరిధిలో ప్రొసీడింగ్స్ పెండింగ్లో లేవు. గత రెండు సంవత్సరాల కాలంలో, నా రోగులలో ఎవరికీ ఏ విధమైన అసాకర్యం, వికలాంగత్వం సంభవించలేదని ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాను.

ఆరోగ్య రక్షణ సేవలను అందించేందుకు తగిన శారీరక, మానసిక ఆరోగ్యంతో నేను ఉన్నానని, సాంప్రదాయ సాముదాయక ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందించే వ్యక్తి (టిసిహెచ్పి)గా నా బాధ్యతలను నెరవేర్చటంలో ప్రతికూల ప్రభావాలను చూపేలా నా ఆరోగ్యంలో మార్పులు సంభవిస్తే మీ దృష్టికి తీసుకువస్తానని స్పష్టం చేస్తున్నాను. తర్వాత రోజులలో టిసిహెచ్పి గా బాధ్యతలను నెరవేర్చేందుకు తగిన ఆరోగ్యపరమైన సామర్థ్యం లేనప్పుడు నా ధృవీకరణను ఆలగించటం / నిలుపుదల చేయటం చేయవచ్చునని నేను అర్థం చేసుకొన్నాను.

నేను పనిచేసే ప్రదేశంలో భద్రమైన, బాధ్యతాయుతమైన వాతావరణం ఉండేలా చూస్తానని, నానుంచి సేవలను ఆశించే వ్యక్తులకు నాణ్యమైన సంరక్షణ సేవలను అందజేస్తానని హామీ ఇస్తున్నాను.

ఈ స్వీయ ప్రకటన భాగంగా ఉన్న డాక్యుమెంట్ను నేను చదివాననీ / లేదా అర్థం చేసుకొన్నాననీ ధృవీకరిస్తున్నాను.

అభ్యర్థి సంతకం :

దరఖాస్తు సంఖ్య :

తేదీ :

## ముందస్తు ఉచిత సమాచార ఆమోద/సమ్మతి పత్రం

### సమాచార పత్రం:

క్వాలిటీ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా (QCI) - ఫౌండేషన్ ఫర్ రివైటలైజేషన్ ఆఫ్ లోకల్ హెల్త్ ట్రైడిషన్స్ (FRLHT) సాంప్రదాయ కమ్యూనిటీ హెల్త్ ప్రొవైడర్స్ (VCSTCHP) కోసం స్వచ్ఛంద ధృవీకరణ పథకం కింద మీ జ్ఞానం మరియు నైపుణ్యం ఆధారంగా సామర్థ్యాన్ని అంచనా వేయడం జరుగుతుంది.

మౌఖిక పరీక్ష; కేసు వివరణ, ఆచరణాత్మక ప్రదర్శన మరియు క్షేత్ర పరీక్షల ద్వారా సామర్థ్యాన్ని అంచనా వేస్తారు. మీ వైద్య అనుభవం, మందులు/ఔషధాలు, విధానాలు మరియు పద్ధతులకు సంబంధించిన సమాచారం పరీక్ష సమయంలో వెల్లడి చేయబడతాయి. జాతీయ చట్టం యొక్క నియమ నిబంధనల ప్రకారం మీ సమాచారం గోప్యంగా ఉంచబడుతుంది. సేకరించిన సమాచారం కేవలం జ్ఞానం మరియు ధృవీకరణ అంచనా కోసమే. ఈ ప్రక్రియలో మీ భాగస్వామ్యం స్వచ్ఛందంగా ఉంటుంది. ఏ కారణాన్ని వెల్లడించకుండానే స్వచ్ఛందంగా తప్పుకోవచ్చు.

మీ జ్ఞానం మరియు నైపుణ్య మదింపులను విజయవంతంగా పూర్తి చేసిన తరువాత; మీరు ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవా బృందానికి ధృవీకరించబడతారు. ధృవీకరణ కాలం 5 సంవత్సరాలు. మీరు ఈ ధృవీకరణ నుండి ప్రయోజనం పొందారనుకుంటే ధృవీకరణ కోసం తిరిగి దరఖాస్తు చేసుకోవచ్చు. మీ జ్ఞాన నైపుణ్యాల పునః పరిశీలన జరుపుతారు.

మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్గా లేదా వైద్య విధానంలో చేరడానికి ఈ ధృవీకరణ పత్ర ప్రక్రియ మిమ్మల్ని అనుమతించదు.

### పార్ట్ 2: TCHP దరఖాస్తుదారు యొక్క స్వచ్ఛంద సమ్మతి / అంగీకారం

నేను (TCHP దరఖాస్తుదారు యొక్క పేరు) పై విషయాలు చదివాను / సమాచారాన్ని స్పష్టంగా అందించారు అలాగే ప్రశ్నలకు అవకాశం ఇవ్వడం జరిగింది. నా జ్ఞాన అంచనా కోసం సమాచారాన్ని పంచుకోడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

TCHP దరఖాస్తుదారు యొక్క సంతకం (లేదా) TCHP దరఖాస్తుదారు యొక్క బొటనవేలు ముద్ర

తేదీ (dd / mm / yyyy)

స్థలం \_\_\_\_\_