

## ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರುಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಪ್ರಮಾಣಿತಯೋಜನೆ (VCSTCHPs)

1)ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು:

1.1)ಲಿಂಗ: ಗಂಡು/ಹೆಣ್ಣು

1.2)ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ:

1.3)ವಿಳಾಸ:

1.4)ತಾಲ್ಲೂಕು:

1.5)ಜಿಲ್ಲೆ:

1.6)ಪಿನ್ ನಂ.:

1.7)ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

1.8)ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

2)ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರನಿಗೆ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿದ ಕುಟುಂಬದ ಹಿರಿಯ ಹಾಗೂ ಗುರುಗಳ ವಿವರಗಳು:

2.1)ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು:

2.2)ಸಂಬಂಧ:

2.3)ವಿಳಾಸ:

2.4)ತಾಲ್ಲೂಕು:

2.5)ಜಿಲ್ಲೆ:

2.6)ಪಿನ್ ನಂ.:

2.7)ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

2.8)ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

3)ಅರ್ಜಿದಾರನಿಗೆ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅನುಭವ ವರ್ಷಗಳು:

4)ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ವಿವಿಧ ಹರಿವಿ(ಗಳ)ಗಾಗಿ ತಮ್ಮನ್ನು ತಾವು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೀರಿ?

ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು

ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಜನನ ಸಹಾಯಕರು

ಕಾಮಾಲೆ

ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಮೂಳೆ ಜೋಡಣ

ವಿಷಕಾರಿ ಕಡಿತಗಳು

ಕೀಲುನೋವು / ಸಂಧಿವಾತ

5)ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ವಿವಿಧ ಹರಿವಿನ ಅಭ್ಯಾಸದ ಪಟ್ಟಿ:

i)

ii)

iii)

6) ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಇಚ್ಛಿಸುವ ಭಾಷೆ:

7)ಈ ಮೊದಲು ಯಾವುದಾದರೂ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ನೋಂದಾಯಿತರಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

8)ತಮ್ಮ ಅರ್ಜಿಯು ಈ ಮೊದಲು ತಿರಸ್ಕೃತವಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

9)ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣದ ಅಥವಾ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದರೆ, ತಮ್ಮ ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸಿರಿ.

**ಘೋಷಣೆ:** ನಾನು ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ ಪರಿಹಾರಗಳ ಮುಖೇನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಷ್ಕಿತಿಗಳಿಗೆ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾದ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಹಿರಿಯ/ಗುರುಗಳಿಂದ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅಲೋಪತಿ/ಹೋಮಿಯೋಪತಿ/ಇನ್ನಿತರ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿಗಳಿಂದ ಔಷಧಿಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ನನ್ನ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ನನ್ನ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಅರಿವಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ 3 ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ಗಾತ್ರದ ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದ್ದೇನೆ

ದಿನಾಂಕ:

ಅರ್ಜಿದಾರನ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು

ಸ್ಥಳ:

ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವ ವಿಳಾಸ: ಡಾ|| ಪ್ರಕಾಶ್ ಬಿ ಎನ್, TDU - ಅಂತರ್ - ವಿಷಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳು ಮತ್ತು ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ,  
#74/2, ಜಾರಕಬಂಡೆ ಕಾವಲ್, ಅಟ್ಟೂರು ಅಂಚೆ, ಯಲಹಂಕ ಮಾರ್ಗ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560064; ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: 7619621140

## ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ಗ್ರಾಮಸಭೆ/ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತ್‌ರವರಿಂದ ಅನುಮೋದನೆ

(ದಯವಿಟ್ಟು ದೃಢಪಡಿಸಿ - (ಅ)ಗುರುತು (ಆ)ಮನೆ ವಿಳಾಸ (ಇ)ಅಭ್ಯಾಸದ ಅನುಭವ/ವರ್ಷಗಳು (ಈ)ಅಭ್ಯಾಸದ ಹರಿವುಗಳು/ವಿಷಯಗಳು (ಉ)ಗ್ರಾಮ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆ)

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ \_\_\_\_\_

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ \_\_\_\_\_ ಯ ಮಗ / ಮಗಳು / ಪತಿ /

ಪತ್ನಿಯಾದ ನಾನು, \_\_\_\_\_ ಹಳ್ಳಿ, \_\_\_\_\_ ಪೋಸ್ಟ್,  
\_\_\_\_\_ ತಾಲ್ಲೂಕು \_\_\_\_\_ ಜಿಲ್ಲೆ \_\_\_\_\_ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ

\_\_\_\_\_ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಿದಂತೆ, ಇವನು/ಇವಳು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳ ವಿವಿಧ ಹರಿವುಗಳನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇವೆ. (ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ)

ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು

ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಜನನ ಸಹಾಯಕರು

ಕಾಮಾಲೆ

ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಮೂಳೆ ಜೋಡಣೆ

ವಿಷಕಾರಿ ಕಡಿತಗಳು

ಕೀಲುನೋವು / ಸಂಧಿವಾತ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ \_\_\_\_\_ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರುಗಳ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಸೇವೆಯು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಮ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಬಹಳ ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸಹಿ: \_\_\_\_\_

ಸ್ಥಳ:

ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಮೊಹರು:

(ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರುಗಳ ಆವಾಸ ಸ್ಥಳದ ಗ್ರಾಮ ಸಭೆ/ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತ್ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳಿಂದ ಪಡೆದಿರತಕ್ಕದ್ದು)

## ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗಾಗಿ TCHP ನೀತಿಸಂಹಿತೆ

ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರ ಯೋಜನೆಯು (TCHP) (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ TCHP ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪಾತ್ರದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ. ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ, ಇವರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಸಂರಕ್ಷಿತ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು TCHPಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ.

TCHPಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯಧಿಕ ಕೆಲಸದ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುವ ಸಲುವಾಗಿ, ನಾನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಮೂಲಭೂತ ತತ್ವಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ:

1. ಜನಾಂಗ, ಲಿಂಗ, ಲೈಂಗಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಅಥವಾ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮೂಲದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನನ್ನಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ / ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವವರ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ನಿರಾಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.
2. ನಾನು ವೈದ್ಯ-ಸಭೆಗಳು, ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಮೂಲಕ ಅಭ್ಯಾಸದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುತ್ತೇನೆ.
3. ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಿದ ಅಭ್ಯಾಸದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನೈತಿಕ ಮತ್ತು ನೈತಿಕ ಅಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣವನ್ನು ತಪ್ಪಾಗಿ ನಿರೂಪಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
4. ನಾನು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತೇನೆ.
5. ನಾನು ಸುರಕ್ಷಿತ ಕೆಲಸದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಆರೈಕೆ ಅನ್ವೇಷಕರ ಸುರಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುತ್ತೇನೆ.
6. ನಾನು ನನ್ನ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಮಾನವೀಯತೆಯ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತೇನೆ.
7. ನಾನು ನನ್ನನ್ನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಿದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ತುರ್ತು ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಹತ್ತಿರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸುತ್ತೇನೆ.
8. ಸಂಪ್ರದಾಯವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ, ನಾನು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆಚರಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವೆ ಮತ್ತು ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲಗಳನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತೇನೆ.
9. ನನ್ನ ಜ್ಞಾನ, ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಕೆಲಸ ಸಂಘಗಳನ್ನು ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿನ ಜನರ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತೇನೆ.
10. ನಾನು ಸಮಗ್ರತೆಯನ್ನು ಗೌರವಿಸುವೆ ಮತ್ತು ನನ್ನಿಂದ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಕಲ್ಯಾಣವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಸೇವೆಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಪಡೆದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

11. ನನ್ನ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಕಟಣೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹೇಳಿಕೆ ಅಥವಾ ನನ್ನಿಂದ ಮಾಡಿದ ಪ್ರಚಾರದ ವಸ್ತುಗಳು, ಅಥವಾ ನನ್ನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ತಿಳಿಸುವಂತಹ ಯಾವುದೇ ಜಾಹೀರಾತುಗಳನ್ನು ನಾನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
12. ಸುಳ್ಳು, ಮೋಸ, ತಪ್ಪುದಾರಿಗಳೆಂದು ಅಥವಾ ಮೋಸಗೊಳಿಸುವಂತಹ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಜಾಹೀರಾತುಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ನಾನು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ.
13. ನನ್ನ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು (ಎರಡೂ ಬದಿಗಳನ್ನು) ನನ್ನ ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವಂತೆ ನಾನು ತೋರಿಸುತ್ತೇನೆ.

TCHP ಹೆಸರು:

TCHP ಸಹಿ

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

## ಸ್ವಯಂಘೋಷಣೆ:

ನಾನು, \_\_\_\_\_(TCHP ಹೆಸರು) ನನ್ನ ಕುಟುಂಬ / ಗುರುವಿನಿಂದ ಪಡೆದ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ನನ್ನ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ \_\_\_\_\_ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಾನು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಖಚಿತ ಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಇತರ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಿದರೆ ಅಥವಾ ನನ್ನ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣವನ್ನು ತಪ್ಪಾಗಿ ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿದರೆ ನನ್ನ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣವು ಅಮಾನತ್ತುಗೊಳಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ನನ್ನ ನಡವಳಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ನ್ಯಾಯಾಂಗ ವಿಚಾರಣೆಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕಳೆದ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಅಥವಾ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಸಂಭವಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ನಾನು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಒಳ್ಳೆಯ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಉಂಟಾದಾಗ ನಿಮ್ಮ ಗಮನಕ್ಕೆ ತರುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು TCHPಯಂತೆ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನಾನು ಆರೋಗ್ಯ-ಬುದ್ಧಿವಂತಿಕೆಗೆ ಹೊಂದಿರದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ನನ್ನ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣವನ್ನು ಅಮಾನತ್ತುಗೊಳಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ನನ್ನ ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಪರಿಸರವನ್ನು ನಾನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಈ ಸ್ವಯಂಘೋಷಣೆಯ ಪತ್ರವನ್ನು ನಾನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಹಿ

(ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹೆಸರು)

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

## ಉಚಿತ ಪೂರ್ವ ಮಾಹಿತಿ ಒಪ್ಪಿಗೆ

### ಭಾಗ 1: ಮಾಹಿತಿ

ನಿಮ್ಮ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯ ಆಧಾರಿತ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಮುದಾಯ ಅರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರುಗಳಿಗಾಗಿ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಯೋಜನೆ (VCSTCHP)ಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ (QCI) ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಂಪರೆಗಳ ಪುನರುತ್ಥಾನ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದ (FRLHT) ಜಂಟಿ ಯೋಜನೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>)

ಮೌಖಿಕ ಬಹು ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಜ್ಞಾನ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ, ರೋಗಿಯ ಪ್ರಕರಣ ಪ್ರಸ್ತುತಿ, ರೋಗಿಯ ಪ್ರಕರಣ ಪ್ರಸ್ತುತಿ ಕುರಿತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು, ಔಷಧೀಯ ಸಸ್ಯಗಳ ಗುರುತಿಸುವಿಕೆ ತಯಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಪ್ರದರ್ಶನ ಹಾಗೂ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಶೀಲನೆಯ ಮೂಲಕ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀವು ಬಳಸುವ ಔಷಧಿಗಳು, ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಬಹಿರಂಗ ಪಡಿಸಬಹುದು.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾನೂನುಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಬದ್ಧತೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಬಹಿರಂಗ ಪಡಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು, ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ. ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸದೆ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದಿಂದ ಹಿಂದೆಸರಿಯುವ ಎಲ್ಲಾ ಹಕ್ಕನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಿ.

ನಿಮ್ಮ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ, ನಿಮ್ಮನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಿದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವು 5 ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಗೆ ಮಾನ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ನೀವು ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಿ ಎಂದು ನೀವು ಭಾವಿಸಿದರೆ ನೀವು ಮರುಪ್ರಮಾಣೀಕರಣಕ್ಕೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವು ನಿಮಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೈದ್ಯರಾಗಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ನೋಂದಣಿಗೆ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳ್ಳಲು ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

**ಭಾಗ 2: ಅರ್ಜಿದಾರ TCHPಯ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಒಪ್ಪಿಗೆ**

ನಾನು \_\_\_\_\_ (ಅರ್ಜಿದಾರ TCHP ಹೆಸರು) ಮೇಲಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ /  
ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ತೃಪ್ತಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಲು ಅವಕಾಶವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ನನ್ನ  
ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

TCHP ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಅರ್ಜಿದಾರ TCHP ಸಹಿ (ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರ TCHP ಯ ಹೆಚ್ಚಿರಲು ಗುರುತು)

ದಿನಾಂಕ (dd / mm / yyyy) -

ಸ್ಥಳ -