



Photo/ तस्वीर

पारंपरिक सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए स्वैच्छिक प्रमाणन योजना (वीसीएसटीएचपी) आवेदक के लिए

पूरा नाम :			
लिंग : पुरुष / स्त्री		जन्म तिथि :	
संपर्क पता :			
गाँव :	तालुका :	जिला :	पिनकोड :
टेलीफोन नंबर :		मोबाइल नंबर :	
परिवार के प्रमुख / गुरु का विवरण ,जिन्होंने आवेदक को प्रशिक्षण दिया			
पूरा नाम :			
संपर्क पता :			
गाँव :	तालुका :	जिला :	पिनकोड :
टेलीफोन नंबर :		मोबाइल नंबर :	
टी सी एच पी के रूप में अनुभव या कार्य करने की अवधि :		वर्ष :	
चिकित्सा की धाराओं की सूची :			
आप प्रमाणन के लिए किस धारा / धाराओं का आंकलन करना चाहेंगे ?			
<input type="checkbox"/> सामान्य बीमारी	<input type="checkbox"/> पीलिया		
<input type="checkbox"/> पारंपरिक हड्डी बिठाने वाला	<input type="checkbox"/> गठिया		
<input type="checkbox"/> ज़हरीले डंक से काटना	<input type="checkbox"/> पारंपरिक जन्म सहायक		
क्या आप पहले कभी किसी पी आर सी बी के साथ पंजीकृत रहे हैं ?		हाँ	नहीं
क्या आपका आवेदन पहले अस्वीकार किया गया है ?		हाँ	नहीं
यदि पहले से प्रमाणित है या सामान योजना में आंकलन के लिए आवेदन किया है, अपनी आवेदन संख्या बताए ?			
घोषणा : मैं एतद्वारा अपने सर्वोत्तम ज्ञान और क्षमता के साथ घोषित करता हूँ कि मैं जड़ी बूटी के उपचारों के साथ प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की स्थितियों के लिए पारंपरिक / लोक उपचार प्रदान करता हूँ और मुझे परिवार के बुजुर्ग / गुरु द्वारा प्रशिक्षित किया गया है जिनका उल्लेख पहले किया गया है तथा मैं अपने रोगियों को अलोपैथी और होमियोपैथी की दवाओं की सहायता से उपचार प्रदान नहीं करता हूँ मेरे द्वारा दी गयी सभी जानकारी सत्य और मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही है मैंने स्वयं सत्यापित पासपोर्ट साइज़ की तीन तस्वीरें संलग्न की हैं			

स्थान : _____

दिनांक: _____

आवेदक के हस्ताक्षर: _____

फार्म जमा करने का पता : प्रोफेसर हरिराम मूर्ति (टी .डी. यू) दी यूनिवर्सिटी ऑफ ट्रांस डिस्सिप्लिनेरी हेल्थ साइंसेज एंड टेक्नोलॉजी 74/2 जराकबन्दे कवल ,पोस्ट अत्तुर वाया येलहनका बेंगलुरु 560 064 मोबाइल नंबर -9448372020

ग्राम पंचायत / ग्राम सभा / स्थानीय सरकार द्वारा पृष्ठांकन

(कृपया आपके गाँव के समुदाय में टी सी एच पी की क . पहचान ख .आवासीय पते ग .कार्य करने के वर्षों कि संख्या घ . कार्य की धारा और ड. इनकी उपयोगिता की पुष्टि करें)

मैं एतदद्वारा कथन करता हूँ कि श्री / श्रीमतीपुत्र
/पुत्री /पति /पत्नी /श्री /श्रीमती गाँव

डाकखाना.....तालुका.....जिला.....
..... राज्यमें टी सी एच पी के रूप में
..... वर्षों से कार्यरत है | हमारा यह कथन है कि वे कार्य की निम्नलिखित धाराओं
के लिए पारंपरिक समुदाय स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करते हैं (कृपया निर्दिष्ट करें)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> सामान्य बीमारी | <input type="checkbox"/> पीलिया |
| <input type="checkbox"/> पारंपरिक हड्डी बिठाने वाला | <input type="checkbox"/> गठिया |
| <input type="checkbox"/> जहरीले डंक से काटना | <input type="checkbox"/> पारंपरिक जन्म सहायक |

हम पृष्ठांकित करते हैं कि श्री /श्रीमती

द्वारा टी सी एच पी के रूप में सेवाएँ हमारे ग्राम समुदाय के लिए लाभकारी रहा/रही है।

दिनांक: _____ आवेदक (टी सी एच पी) का नाम : _____

स्थान : _____ हस्ताक्षर : _____

मुहर :

(इस दस्तावेज को टी सी एच पी के निवास स्थान के ग्राम सभा / ग्राम पंचायत / स्थानीय सरकार के अध्यक्ष या सचिव से लिया जाए)

आचार संहिता

पारंपरिक सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए स्वैच्छिक प्रमाणन योजना (वी सी एस टी सी एच पी) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में टी सी एच पी द्वारा निभाई गयी भूमिका के महत्व को पहचानती है (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Provider.php>)

परिणामतः यह टी सी एच पी की ज़िम्मेदारी है कि वह देखभाल करने वालों की ओर एक ज़िम्मेदार , सुरक्षित और संरक्षित वातावरण सुनिश्चित करे |

टी सी एच पी के लिए उच्चतम कार्य मानकों को बनाये रखने के लिए मैं निम्नलिखित आधारभूत सिद्धांतों को स्वीकार करता हूँ ;

- 1 यदि मुझसे कोई जाति, लिंग , यौन , अभिविन्यास, धार्मिक या राष्ट्रीय मूल के आधार पर देखभाल चाहता है तो मैं भेदभाव से बचने या देखभाल प्रदान करने से इनकार कर दूंगा |
2. मैं सहकर्मि बैठकों ,शैक्षिक गतिविधि और अध्ययन के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की धारा में अपने ज्ञान और कौशल का विस्तार करूंगा |
- 3 . प्रमाणित स्वास्थ्य देखभाल सेवा की धारा में मैं अपने नैतिक और सदाचार पूर्ण सेवन को बनाये रखूंगा और अपने प्रमाणन को गलत तरीके से प्रस्तुत नहीं करूंगा |
4. मैं एक स्वस्थ जीवन शैली का पालन करूंगा |
5. मैं सभी स्वास्थ्य देखभाल चाहने वालों के साथ सुरक्षित काम का माहौल और कामकाजी सम्बन्ध स्थापित करूंगा और बनाये रखूंगा |
6. मैं अपना काम मानवता की दृष्टिकोण से करूंगा और सामुदायिक स्वास्थ्य उपक्रमों का समर्थन करूंगा |
- 7 . मैं केवल स्वास्थ्य देखभाल सेवा की अपनी धारा के मामलों को संभालूंगा और किसी भी आपात स्थिति को निकटतम स्वास्थ्य सुविधा में भेजूंगा |
- 8 . सभी पारंपरिक स्वास्थ्य देखभाल सम्बन्धी मामलों में , मैं सर्वोत्तम प्रथाओं और प्रक्रियाओं को बनाये रखूंगा |
- 9.मैं अपने ज्ञान सेवाओं कार्य संघों को ,पारदर्शी और मेरे समुदाय के लोगों के लाभ के रूप में देखता हूँ|
- 10 मैं अखंडता का सम्मान करता हूँ और उन सभी लोगों के कल्याण की रक्षा करता हूँ जो मुझसे स्वास्थ्य देखभाल चाहते हैं , और यह मानते हैं की सेवा प्रावधान के दौरान प्राप्त कि गयी किसी भी जानकारी की सुरक्षा के लिए हमारा दायित्व है |
11. मैं अपनी गतिविधियों के बारे में जनता को सूचित करने के लिए कोई भी विज्ञापन नहीं करूंगा , ना ही

कोई घोसणा, सार्वजनिक वक्तव्य या प्रचार सामग्री मेरे द्वारा या मेरे लिए बनाया जाएगा |

12 .मैं सार्वजनिक वक्तव्य , विज्ञापन इत्यादि नहीं बनाऊंगा जो झूठी ,क्षलपूर्ण,भटकाने वाली या भ्रामक हो |

13. मैं अपने कार्य स्थल पर स्पष्ट रूप से अपना प्रमाण पत्र (दोनों तरफ) प्रदर्शित करूंगा |

आवेदक (टी सी एच पी) का नाम :.....

आवेदक (टीसीएचपी)का हस्ताक्षर : या अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

टी सी एच पी आवेदक द्वारा निम्नलिखित फार्म भी हस्ताक्षरित किये जायेंगे और आवेदन के साथ पृष्ठांकन के लिए जमा किया जायेगा

स्व घोषित

मैं (टी सी एच पी का नाम) पुष्टि करता हूँ कि मेरे परिवार / गुरु द्वारा अर्जित ज्ञान और कौशल के अनुसार धारा.....में मेरे समुदाय के लिए पारंपरिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करता हूँ । मैं समझता हूँ कि अगर मैं कोई दवा की औपचारिक प्रणाली या मेरे प्रमाणन को गलत तरीके से प्रस्तुत करने का दावा करते करते हुए पाया जाता हूँ तो मेरा प्रमाणन संभवतः निलंबित और /या वापस ले लिया जायेगा ।

मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ प्रदान करने के लिए मैं स्वस्थ हूँ और दिमाकी तौर पर सक्षम भी हूँ और यदि मेरे स्वास्थ्य में कोई बदलाव होता है तो उसे मैं आपके संज्ञान में लाऊँ जो कि एक पारंपरिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (टी सी एच पी) के रूप में मेरे कार्य पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है। मैं समझता हूँ कि बाद की तारीख पर यदि एक टी सी एच पी के रूप में अपने कर्तव्यों निर्वहन में स्वास्थ्य के अनुसार फिट नहीं पाया जाता है तो मेरा प्रमाणन निलंबित / या वापस ले लिया जायेगा ।

मैं अपने कार्य स्थल पर एक सुरक्षित और जिम्मेदार माहौल सुनिश्चित करूँगा और उन सभी को विशिष्ट देखभाल प्रदान करूँगा जिन्हें उसकी जरूरत है ।

मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस घोषणा के अन्तर्गत आने वाले दस्तावेजों को पढ़ा और समझ लिया है ।

आवेदक (टी सी एच पी) का नाम

आवेदक (टी सी एच पी) का हस्ताक्षरया अंगूठे का निशान

स्थान

दिनांक

स्वैच्छिक प्राथमिक सहमति की जानकारी

भाग 1. सूचना पत्रक

आपके ज्ञान और कौशल आधारित योग्यता का यह मूल्यांकन भारतीय गुणवत्ता परिषद् (क्यू सी आई) एवं स्थानीय स्वास्थ्य परम्पराओं के पुनुरुद्धार के लिए (एफ आर एल एच टी) पारंपरिक सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए स्वैच्छिक प्रमाणन योजना (वी सी एस टी सी एच पी) द्वारा किया जा रहा है (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare Provider.php>) मौखिक मूल्यांकन, केस प्रस्तुति , व्यावहारिक प्रदर्शन और क्षेत्र सत्यापन के माध्यम से मूल्यांकन किया जायेगा | आपके अभ्यास और दवाइयों , प्रक्रियाओं और तकनीको के सम्बन्ध में जो जानकारी जो आप इसके लिए नियोजित करते हैं , आपके मूल्यांकन के दौरान प्रकट की जा सकती है | राष्ट्रीय कानूनों के तहत प्रतिबद्धताओं और दायित्वों के अनुसार खुलासा किया गया जानकारी गोपनीय माना जायेगा | एकत्र की गयी जानकारी केवल ज्ञान और प्रमाणीकरण का आंकलन करने के उद्देश्य से है | इस आंकलन में आपकी भागीदारी स्वैच्छिक है और आपको बिना किसी कारण बताये मूल्यांकन से भागीदारी वापस लेने का अधिकार है | आपके ज्ञान और कौशल के आंकलन के सफल समापन पर , आपको स्वास्थ्य देखभाल सेवा की विशिष्ट धारा के लिए प्रमाणित किया जायेगा जिसके लिए आपका मूल्यांकन किया गया था | प्रमाण पत्र की वैधता 5 साल की अवधि के लिए होगी | यदि आपको लगता है कि आपको प्रमाण पत्र के द्वारा लाभान्वित किया गया है तो आप पुनः प्रमाणीकरण के लिए आवेदन कर सकते हैं और इसके लिए आपको ज्ञान और कौशल के आंकलन की प्रक्रिया शुरू करनी होगी | प्रमाणपत्र आपको चिकित्सक या मुख्यधारा चिकित्सा प्रणाली में शामिल करने के रूप में किसी भी तरह के पंजीकरण के दावे के लिए अनुमति नहीं देगा |

भाग 2 : आवेदक (टी सी एच पी) की स्वैच्छिक सहमति

मैं(आवेदक का नाम) ने उपरोक्त के बारे में पढ़ा / सूचित किया गया और मेरी संतुष्टि के लिए किसी भी प्रश्न को स्पष्ट करने का अवसर दिया गया | मैं अपने मूल्यांकन के लिए आवश्यक जानकारी साझा करने की सहमति देता हूँ |

आवेदक (टी सी एच पी) का नाम

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान दिनांक

Postal Address: Prof. G. Hariramamurthi, Head PrCB, The University of Trans Disciplinary Health Sciences and Technology (TDU) #74/2, Jarakabande Kaval, Attur Post, Via Yelahanka, Bengaluru-560 064.

फार्म जमा करने का पता : प्रोफेसर हरीराम मूर्ति (टी .डी. यू) दी यूनिवर्सिटी ऑफ ट्रांस डिस्सिप्लिनेरी हेल्थ साइंसेज एंड टेक्नोलॉजी 74/2 जराकबन्डे कवल ,पोस्ट अत्तुर वाया येलहनका बेंगलुरु 560 064 मोबाइल नंबर - 9448372020