

819
प्रेषक

संजय कुमार,
प्रधान सचिव।

सेवा में,

राजी सिविल सर्जन,
बिहार।

सिविल सर्जन कार्यालय
नियम 3641
पत्र सं०
दिनांक 17/8/19

दिनांक- 5/8/2019

विषय: राज्य के अन्तर्गत निजी क्षेत्र में नर्सिंग संस्थानों की स्थापना के लिए पैरेंट अस्पताल एवं व्यवहारिक प्रशिक्षण हेतु अस्पताल की जांच के संबंध में।

महाशय,

उपर्युक्त विषय के संबंध में कहना है कि राज्य के अन्तर्गत निजी क्षेत्र में नर्सिंग शिक्षा हेतु मान्यता प्राप्त ए०एन०एम०/जी०एन०एम०/बी०एस०सी० (नर्सिंग)/पोस्ट बेसिक बी०एस०सी० (नर्सिंग) एवं एम०एस०सी० (नर्सिंग) प्रशिक्षण संस्थान संचालित है। नर्सिंग ट्रेनिंग-रिकोगनिशन एफिलिएशन एवं कंडक्ट ऑफ इक्जामिनेशंस ऑफ स्कूल ऑफ नर्सिंग रूल्स, 1997 के नियम-04 के उपनियम-II के अन्तर्गत वर्णित प्रावधानानुसार नर्सिंग संस्थानों की स्थापना के लिए अनुमति प्रदान किया जाता है। तदोपरान्त उपनियम-III के आलोक में विशेषज्ञ समिति द्वारा संस्थान का निरीक्षण कराकर मान्यता प्रदान किया जाता है।

भारतीय उपचर्या परिषद, नई दिल्ली द्वारा निर्गत दिशा-निर्देश के अनुसार जी०एन०एम० एवं उच्चतर नर्सिंग संस्थानों की स्थापना के लिए 100 बेड का पैरेंट अस्पताल का होना अनिवार्य है। ए०एन०एम० के लिए 150 बेड वाले जिला अस्पताल या सेकेंडरी केयर अस्पताल तथा कॉम्युनिटी स्वास्थ्य कार्यक्रमों में अनुगव हेतु न्यूनतम 30 एवं अधिकतम 50 बेड की क्षमता वाले ग्रामीण अस्पताल से संबद्धता प्राप्त होना आवश्यक है। इसके निमित्त प्रस्तावक संस्थान के पास उपलब्ध पैरेंट अस्पताल/व्यवहारिक प्रशिक्षण हेतु संबद्ध अस्पताल की जांच संबंधित जिले के सिविल सर्जन से किये जाने तथा अस्पताल का Bihar Clinical Establishment Act से निबधित होने को अनिवार्य किया गया है। पैरेंट अस्पताल एवं व्यवहारिक प्रशिक्षण से संबंधित दिशा-निर्देश एवं मापदण्ड की प्रति वेबसाइट www.indiannursingcouncil.org पर उपलब्ध है।

3-राज्य के अन्तर्गत निजी क्षेत्र में नर्सिंग स्कूल/संस्थान की स्थापना के लिए अस्पताल की जांच हेतु निम्नवत दिशा-निर्देश एवं प्रक्रिया निर्धारित किया जाता है :-

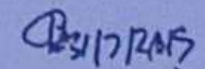
(i) नर्सिंग संस्थानों की स्थापना के निमित्त प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/कम्पनी पैरेंट अस्पताल/व्यवहारिक प्रशिक्षण हेतु संबद्ध अस्पताल की जांच हेतु संबंधित जिले के सिविल सर्जन के समक्ष अनिलेख सहित आवेदन सगर्भित करेंगे। सिविल सर्जन आवेदन प्राप्ति के एक माह के अन्दर

अनिवार्य रूप से आईओपीओएचओएराओ के मानक के अनुरूप संबंधित अस्पताल का निरीक्षण कर अनापति प्रमाण पत्र निर्गत करेंगे। उक्त प्रमाण पत्र में संबंधित अस्पताल का बेड ब्रेकअप, बेड की उपलब्धता, शैथ्याछादन दर की उपलब्धता तथा अस्पताल Bihar Clinical Establishment Act से निबंधित है अथवा नहीं का भी उल्लेख रहेगा। उक्त अस्पतालों में कार्यरत चिकित्सकों एवं पारामेडिकल कर्मियों की विवरणी भी उपलब्ध कराया जायेगा। उक्त प्रमाण पत्र तीन प्रति में तैयार किया जायेगा। एक प्रति निर्गत करने वाले कार्यालय में संचारित होगा। दूसरा प्रति प्रस्तावक संस्थान को उपलब्ध कराया जायेगा तथा तीसरी प्रति निदेशक प्रमुख (नर्सिंग), स्वास्थ्य सेवाएँ, बिहार, पटना के नाम से स्वास्थ्य विभाग को उपलब्ध कराया जायेगा।

(ii) इसके उपरान्त प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/कम्पनी अनापति प्रमाण पत्र संलग्न करते हुए नर्सिंग संस्थानों की स्थापना के लिए अनुमति हेतु निर्गत विहित प्रपत्र में आवेदन निदेशक प्रमुख (नर्सिंग), स्वास्थ्य सेवाएँ, बिहार, पटना के नाम से करेंगे।

(iii) पूर्व से संचालित मान्यता प्राप्त संस्थान अपने पैरेंट अस्पताल को Bihar Clinical Establishment Act से निबंधन करा लेंगे एवं बेड ब्रेकअप, बेड की उपलब्धता तथा शैथ्याछादन दर के संदर्भ में संबंधित जिले के सिविल सर्जन से तीन माह के अन्दर अनापति प्रमाण पत्र प्राप्त कर विभाग को सूचित करेंगे।

विश्वासभाजन


(संजय कुमार)
प्रधान सचिव।

नर्सिंग संस्थानों की स्थापना के लिए अनुमति हेतु आवेदन पत्र/चेकलिस्ट का प्रारूप।

- (1) पाठ्यक्रम का नाम – ANM/GNM/B.Sc(N)/Post Basic B.Sc(N) /M.Sc(N)
(2) नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थान/स्कूल/महाविद्यालय का नाम एवं पता पिन कोड सहित-

(क) संचालक या संस्थान के प्रधान का नाम एवं पता पिन कोड सहित –

ई-मेल –

फोन/मो0 नं0-

- (3) प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/प्राइवेट लिमिटेड कंपनी की विवरणी, जिसके अन्तर्गत नर्सिंग प्रशिक्षण संस्थान/स्कूल/महाविद्यालय संचालित होगा –
(i) नाम एवं पता पिन कोड सहित

ई-मेल –

फोन/मो0 नं0-

- (ii) ट्रस्ट/सोसाईटी का संबंधित नर्सिंग स्कूल/संस्थान खोलने संबंधित सर्वसम्मति से पारित प्रस्ताव की प्रसंग संलग्न है – हों / नहीं
- (4) शैक्षणिक एवं गैर शैक्षणिक भवन के निर्माण हेतु जमीन/भूखण्ड का विवरण –
- (i) क्षेत्रफल – (ii) खाता-
- (iii) खेसरा – (iv) तौजी नं0-
- (v) थाना सं0- (vi) अंचल –
- (vii) अनुमण्डल – (viii) जिला –
- (ix) क्या जमीन/भूखण्ड ट्रस्ट/सोसाईटी/प्राइवेट लिमिटेड कंपनी अथवा नर्सिंग स्कूल/संस्थान/महाविद्यालय के नाम से निबंधित है – हों / नहीं
- (x) जमीन/भूखण्ड के स्वामी का विवरण (नाम एवं पता पिन कोड सहित) –

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

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

(c) भूमि संबंधित मापदंड जो ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम के लिए 80 डिसिमिल तथा शेष पाठ्यक्रमों के लिए 15 डिसिमिल निर्धारित है का अद्यतन लगान रसीद संलग्न है – हों / 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

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

(A) शैक्षणिक भवन

(i) क्या भवन रिहायशी/शैक्षणिक प्रक्षेत्र में है - हाँ / नहीं

(ii) क्या शैक्षणिक भवन कंडिका-4 में वर्णित भूखंड पर निर्मित है - हाँ / नहीं

यदि नहीं तो निबंधित किराये/लीज की अवधि अधिकतम दो वर्ष या उससे कम हो तथा प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/स्कूल के नाम से निबंधित है (अभिलेख संलग्न करें) - हाँ / नहीं

(iii) शैक्षणिक भवन का कुल क्षेत्रफल -

(iv) क्या उक्त शैक्षणिक भवन में किसी अन्य पाठ्यक्रम की पढ़ाई होती है - हाँ / नहीं

यदि हाँ तो पाठ्यक्रम का नाम - सीटों की संख्या -

(B) छात्रावास

(i) क्या छात्रावास वर्णित कंडिका-4 में वर्णित भूखंड पर निर्मित है - हाँ / नहीं

यदि नहीं तो निबंधित किराये/लीज की अवधि अधिकतम दो वर्ष या उससे कम हो तथा प्रस्तावक ट्रस्ट/सोसाईटी/स्कूल के नाम से निबंधित है (अभिलेख संलग्न करें) - हाँ / नहीं

(ii) क्षेत्रफल -

(iii) क्या उक्त छात्रावास भवन में किसी अन्य पाठ्यक्रम के प्रशिक्षु भी रहते हैं - हाँ / नहीं

यदि हाँ तो पाठ्यक्रम का नाम - सीटों की संख्या -

(C) अस्पताल

(i) आवेदित पाठ्यक्रम के लिए भारतीय उपचर्या परिषद, नई दिल्ली द्वारा निर्धारित अनुमान्य विस्तरों/शैय्या वाले अस्पताल से प्रशिक्षुओं के प्रशिक्षण के लिए सक्षम प्राधिकार (संबंधित जिले के सिविल सर्जन) द्वारा निर्गत अनापति प्रमाण पत्र। उक्त अनापति प्रमाण पत्र में उल्लेख होगा कि उक्त अस्पताल में प्रत्येक विभाग के लिए कितने बिस्तर/शैय्या/शैय्याछादन दर उपलब्ध है। अनापति प्रमाण पत्र संलग्न है- हाँ / नहीं

(ii) सामुदायिक प्रशिक्षण- स्कूल के प्रशिक्षुओं के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के जानकारी के लिए अनुमान्य विस्तरों वाले सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्रा0स्वा0केन्द्र से संबद्धता का प्रमाण पत्र संलग्न है- (मात्र ए0एन0एम0 के लागू) हाँ / नहीं

(iii) क्या Parental Hospital 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। ए०एन०एम० 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) शैक्षणिक भवन, छात्रावास भवन एवं अस्पताल भवन के नक्शों का Blue Print एवं विवरणी की प्रती संलग्न है - हाँ / नहीं
- (vi) Blue Print या नक्शा स्थानीय निकाय द्वारा पारित है - हाँ / नहीं

(6) वित्तीय प्रबंधन -

- (a) Audit Report - Minimum 3years की प्रति संलग्न है - हाँ / नहीं

- (b) ट्रस्ट 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 विवरण (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

(7) 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 है तथा राज्य सरकार द्वारा समय समय पर निर्गत दिशा निर्देशों का अनुपालन संस्थान करेगी। गलत पाये जाने के विभाग कानूनी कार्रवाई करने के लिए स्वतंत्र होगी। उक्त आशय का मूल शपथ पत्र संलग्न है - हाँ / नहीं

(ii) नर्सिंग ट्रेनिंग रिकोगनिशन एफिलिएशन एवं कंडक्ट ऑफ इन्जामिनेशन ऑफ स्कूल ऑफ नर्सिंग रूल्स-1997 के नियम 4 (ii) में वर्णित तथ्यों का नोटरी के माध्यम से शपथ पत्र की मूल प्रति संलग्न है - हाँ / नहीं

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

स्थान :-

तिथि :-

आवेदक का हस्ताक्षर

(आवेदक का नाम पूरा पता सहित)।