

आवेदन पत्र पारंपरिक सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए स्वैच्छक प्रमाणन योजना (वीसीएसटीसीएचपी) टीसीएचपी आवेदक के लिए		Stamp Size Photo
पूरा नाम : लिंग : पुरुष / स्त्री जन्म तिथि : संपर्क पता : तालुका : , जिला : पिन कोड : टेलीफोन नंबर : मोबाइल नंबर : परिवार के प्रमुख / गुरु के विवरण, जिन्होंने आवेदक को प्रशिक्षण दिया : पूरा नाम : संबंध : संपर्क पता : तालुका : , जिला : पिन कोड : टेलीफोन नंबर : मोबाइल नंबर : टीसीएचपी के रूप में अनुभव या कार्य करने की अवधि : वर्ष चिकित्सा की धाराओं की सूची : आप प्रमाणन के लिए किस धारा/धाराओं का आकलन कराना चाहेंगे ? ☐ सामान्य बीमारी ☐ पीलिया ☐ जहरीले डंक से काटना ☐ पारंपरिक जन्म सहायक ☐ पारंपरिक हड्डी बिठाने वाला ☐ गठिया क्या आप पहले कभी किसी पीआरसीबी के साथ पंजीकृत रहे हैं? ☐ हां ☐ नहीं क्या आपका आवेदन पहले अस्वीकार किया गया है? ☐ हां ☐ नहीं यदि पहले से प्रमाणित हैं या समान योजना में आकलन के लिए आवेदन किया है, अपनी आवेदन संख्या बताएं? 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 मेरे परिवार के बुजुर्ग / गुरु द्वारा प्रशिक्षित किया गया है जिनका उल्लेख पहले किया गया है तथा मैं अपने रोगियों को एलोपैथी और होमियोपैथी की दवाओं की सहायता से उपचार प्रदान नहीं करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सभी जानकारी सत्य और मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही है। मैंने स्वयं सत्यापित पासपोर्ट आकार की तीन तस्वीरें संलग्न की हैं। स्थान : तिथि :		
		आवेदक का हस्ताक्षर

टीसीएचपी आवेदक द्वारा निम्नलिखित फार्म भी हस्ताक्षरित किए जाएंगे
और आवेदन के साथ पृष्ठांकन के लिए जमा किया जायेगा

स्व घोषित

मैं (टीसीएचपी का नाम) पुष्टि करता हूँ कि मैं 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 हुए पाया जाता हूँ तो मेरा प्रमाणन संभवतः निलंबित और/या वापस ले लिया जायेगा।

मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए मैं स्वस्थ हूँ और दिमागी तौर पर सक्षम भी और यदि मेरे स्वास्थ्य में कोई बदलाव होता है तो उसे मैं आपके संज्ञान में लाऊँ जो कि एक पारंपरिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (टीसीएचपी) के रूप में मेरे कार्य पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है। मैं समझता हूँ कि बाद की तारीख पर यदि एक टीसीएचपी के रूप में अपने कर्तव्यों के निर्वहन में स्वास्थ्य के अनुसार फिट नहीं पाया जाता तो मेरा प्रमाणन निलंबित और/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 पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस घोषणा के अन्तर्गत आने वाले दस्तावेजों को पढ़ा और/या समझ लिया है।

आवेदक (टीसीएचपी) का नाम

आवेदक (टीसीएचपी) का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

तिथि : .../.../.....

स्थान :

आचार संहिता

पारंपरिक सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए स्वैच्छिक प्रमाणन योजना (वीसीएसटीसीएचपी) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में टीसीएचपी द्वारा निभाई गई भूमिका के महत्व को पहचानती है (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-HealthcareProviders.php>) |

परिणामतः यह टीसीएचपी की जिम्मेदारी है कि वह देखभाल कराने वालों की आरंभ एक जिम्मेदार, सुरक्षित और संरक्षित वातावरण सुनिश्चित करे।

टीसीएचपी के लिए उच्चतम कार्य मानकों को बनाए 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 इंकार कर दूंगा।
2. मैं सहकर्मी बैठकों, शैक्षिक गतिविधियों 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 बनाए 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 महौल और कामकाजी संबंध स्थापित करूंगा और बनाए 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 केंद्र में भेजूंगा।
8. सभी पारंपरिक स्वास्थ्य देखभाल संबंधी मामलों में, मैं सर्वोत्तम प्रथाओं और प्रक्रियाओं को बनाए रखूंगा और अपने ज्ञान और कौशल को लगातार बढ़ाने का प्रयास करूंगा।
9. मैं अपने ज्ञान, सेवाओं और कार्य सघों 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 कि सेवा प्रावधान के दौरान प्राप्त की गई 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 घोषणा, सार्वजनिक वक्तव्य या प्रचार सामग्री मेरे या मेरे लिए बनाया जाएगा।
12. मैं सार्वजनिक वक्तव्य, विज्ञापन इत्यादि नहीं बनाऊंगा जो झूठी, छलपूर्ण, भटकाने वाली या भ्रामक हो।
13. मैं अपने कार्यस्थल पर स्पष्ट रूप से अपना प्रमाण पत्र (दोनों तरफ) प्रदर्शित करूंगा।

आवेदक (टीसीएचपी) का नाम

आवेदक (टीसीएचपी) का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

तिथि : / /

स्थान :

स्वैच्छिक प्राथमिक सहमति की जानकारी

भाग 1: सूचना पत्रक

आपके ज्ञान और कौशल आधारित योग्यता का यह मूल्यांकन भारतीय गुणवत्ता (क्यूसीआई) एवं स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं के पुनरुद्धार के लिए फाउंडेशन (एफआरएलएचटी), पारंपरिक सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए स्वैच्छिक प्रमाणन योजना (वीसीएसटीसीएचपी) किया जा रहा है (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare Providers.php>)। मौखिक मूल्यांकन, केस प्रस्तुति, व्यावहारिक प्रदर्शन और क्षेत्र सत्यापन के माध्यम से मूल्यांकन किया जाएगा। आपके अभ्यास और दवाईयों, प्रक्रियाओं और तकनीकों के संबंध में जानकारी जो आप इसके लिए नियोजित करते हैं, आपके मूल्यांकन के दौरान प्रकट की जा सकती हैं। कानूनों के तहत प्रतिबद्धताओं और दायित्वों के अनुसार खुलासा किया गया जानकारी गोपनीय माना जाएगा। एकत्र की गई जानकारी केवल ज्ञान और प्रमाणीकरण का आकलन करने के उद्देश्य से है। इस आकलन में आपकी भागीदारी स्वैच्छिक है और आपको बिना किसी कारण बताए मूल्यांकन से भागीदारी वापस लेने का अधिकार है।

आपके ज्ञान और कौशल के आकलन के सफल समापन पर, आपको स्वास्थ्य देखभाल सेवा की विशिष्ट धारा के लिए प्रमाणित किया जाएगा जिसके लिए आपका मूल्यांकन किया गया था। प्रमाणपत्र की वैधता 5 साल की अवधि के लिए होगी। यदि आपको लगता है कि आपको प्रमाणपत्र द्वारा लाभान्वित किया गया है तो आप पुनः प्रमाणीकरण के लिए आवेदन कर सकते हैं और इसके लिए आपको ज्ञान और कौशल के आकलन 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 (टीसीएचपी) की स्वैच्छिक सहमति

मैं (आवेदक का नाम) ने उपरोक्त के बारे में 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 (टीसीएचपी) का नाम

आवेदक (टीसीएचपी) का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

तिथि :/...../.....

स्थान :

Stamp
Size
Photo

गाम पंचायत ग्राम सभा / ग्राम पंचायत / स्थानीय सरकार द्वारा पृष्ठांकन

(कृपया आपके गांव के समुदाय में टीसीएचपी की क. पहचान ख. आवासीय पते, ग. कार्य करने के वर्षों की संख्या, घ. कार्य की धारा और ङ इनकी उपयोगिता की पुष्टि करें)

मैं एतद्वारा कथन करता हूँ कि श्री/श्रीमती
पुत्र/पुत्री/पति/पत्नी, श्री/श्रीमती
गांव, डाक खाना, तालुका
जिला राज्य में टीसीएचपी के रूप में
वर्षों से कार्यरत हैं। हमारा यह कथन भी है कि वे कार्य की निम्नलिखित धाराओं के लिए
पारंपरिक समुदाय स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करते हैं (कृपया निर्दिष्ट करें);

हम पृष्ठांकित करते हैं कि श्री / श्रीमती
द्वारा टीसीएचपी के रूप में सेवाएं हमारे ग्राम समुदाय के लिए लाभकारी रहा/रही हैं।

आवेदक (टीसीएचपी) का नाम :

हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान और मुहर

तिथि : / /

स्थान :

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