

प्ररूप - ख

[नियम 11(2) व 12 देखें]

मानसिक स्वास्थ्य स्थापना के अनंतिम पंजीकरण/अनंतिम पंजीकरण के
नवीकरण की मंजूरी हेतु आवेदन

सेवा में

.....

विभाग.....

राज्य सरकार.....

.....

महोदय/महोदया,

मैं/हम मानसिक स्वास्थ्य स्थापना नामतः हेतु अनंतिम पंजीकरण/स्थायी पंजीकरण/अनंतिम पंजीकरण के नवीकरण की अनुमति के लिए आवेदन करना चाहते हैं जिसके लिए मेरे/हमारे पास ऐसे अस्पताल/परिचर्यागृह की स्थापना/अनुरक्षण हेतु वैध अनुज्ञप्ति/पंजीकरण है। अस्पताल/नर्सिंग होम का विवरण निम्नलिखित है:

1. आवेदक का नाम
2. अनुज्ञप्ति जारी करने वाले प्राधिकारी के नाम के संदर्भ में अनुज्ञप्ति का विवरण व दिनांक
3. आयु
4. मनश्चिकित्सा में व्यावसायिक अनुभव.....
5. आवेदक का स्थायी पता
6. प्रस्तावित अस्पताल/परिचर्यागृह का स्थान.....
7. प्रस्तावित परिचर्यागृह/अस्पताल का पता.....
8. प्रस्तावित आवास:
- क. कमरों की संख्या.....
- ख. पलंगों की संख्या.....
- ग. प्रदान की जाने वाली सुविधाएं:
- घ. बाह्य-रोगी.....
- ङ. आपातकालीन सेवाएं.....
- च. अंतरंग-रोगी सुविधाएं.....
- छ. व्यावसायिक व आमोद-प्रमोद संबंधी सुविधाएं.....
- ज. ईसीटी सुविधाएं (एक्स-रे सुविधा-केंद्र).....
- झ. मनोवैज्ञानिक जांच सुविधाएं.....

ज. जांच व प्रयोगशाला सुविधाएं.....

ट. उपचार सुविधाएं.....

स्टाफ का पैटर्न:

क. चिकित्सकों की संख्या.....

ख. नर्सों की संख्या.....

ग. परिचारकों की संख्या.....

घ. अन्य

मैं इसके साथ..... रु. का बैंक ड्राफ्ट आवेदन शुल्क के रूप में आहरित के पक्ष में भेज रहा/रही हूँ।

मैं एतद्वारा मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के नियमों व विनियम का पालन करने का उत्तरदायित्व लेता/लेती हूँ।

मैं आपसे मानसिक रोग अस्पताल/परिचर्यागृह की स्थापना/अनुरक्षण हेतु अनुज्ञप्ति के लिए मेरे आवेदन पर विचार तथा अनुमति देने के लिए अनुरोध करता/करती हूँ।

भवदीय

हस्ताक्षर.....

नाम.....

तारीख.....

Note: *This Application Form is Standard Format, as given in SMHA Rules 2018, prescribed by the Govt. of India and we cannot modify the same. You may please provide additional information, if any, as per the Minimum Standards, approved & notified by the GNCT of Delhi.*