

୧

ଆବେଦନ ନଂ:
(କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ପାଇଁ ଆବେଦନ ଫର୍ମ |

ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଯୋଜନା |
ପାଇଁ ପାରମ୍ପାରିକ ସମ୍ପ୍ରଦାୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ (VCSTCHPs) ପାଇଁ
ଆବେଦନକାରୀ TCHP |

ଫଟୋ

ପୁରା ନାମ:

ଲିଙ୍ଗ: ପୁରୁଷ / ମହିଳା |

ଜନ୍ମଦିନ:

ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା:

ଗାଁ:

ତାଲୁକା:

ପିନ୍ କୋଡ୍:

ଜିଲ୍ଲା:

ଆଧାର ନଂ:

ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର:

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

“ପରିବାର ପ୍ରାଚୀନ” / “ଗୁରୁ” ର ବିଶେଷତ୍ୱ ଯିଏ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କୁ ତାଲିମ ଦେଇଥିଲେ |

ପୁରା ନାମ:

ସମ୍ପର୍କ:

ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା:

ତାଲୁକା:

ଜିଲ୍ଲା:

ପିନ୍ କୋଡ୍:

ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର:

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

TCHP ଭାବରେ ଆପଣଙ୍କର ବର୍ଷର ଅଭିଜ୍ଞତା କିମ୍ବା ଅଭ୍ୟାସ:

ବର୍ଷ

ଅଭ୍ୟାସର କ୍ଷୁଦ୍ର ତାଲିକା କର:

ସାର୍ବିଫିକେଟ୍ ପାଇଁ କେଉଁ କ୍ଷୁଦ୍ର (ଗୁଡିକ) ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି?

ସାଧାରଣ ରୋଗ

ପାରମ୍ପାରିକ ଜନ୍ମ ଆଚେଣ୍ଡା |

ଜନ୍ମସ୍ତ

ପାରମ୍ପାରିକ ଅସ୍ତି ସେଟିଂ |

ବିଷାକ୍ତ କାମୁଡ଼ା |

ଆର୍ତ୍ତାଭିତ୍ତି

ଆପଣ ପୂର୍ବରୁ କ Pr ଶସି PrCB ସହିତ ପଞ୍ଜୀକୃତ ହୋଇଛନ୍ତି କି?

ହଁ

ନା

ଆପଣଙ୍କର ଆବେଦନ ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରାଯାଇଥିଲା କି?

ହଁ

ନା

ଯଦି ପୂର୍ବରୁ ସାର୍ବିଫିକେଟ୍ ହୋଇଛି କିମ୍ବା ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ ପାଇଁ ଆବେଦନ କରାଯାଇଛି |

ସମାନ ଯୋଜନା, ଆପଣଙ୍କର ଆବେଦନ ନମ୍ବର ଦର୍ଶାନ୍ତୁ?

ଘୋଷଣା:

ମୁଁ ଏଠାରେ ଘୋଷଣା କରେ ଯେ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଏବଂ ସାମର୍ଥ୍ୟ ଅନୁଯାୟୀ ମୁଁ ପାରମ୍ପାରିକ / ଲୋକ ପ୍ରଦାନ କରେ |
ହର୍ବାଲ ଇଡ ସ୍ଥ ସହିତ ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥା ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା ଏବଂ ମୋ ପରିବାର ପ୍ରାଚୀନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା trained ାରା ତାଲିମ ପ୍ରାପ୍ତ /
ଗୁରୁ ଉପରୋକ୍ତରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ମୁଁ ମୋର ରୋଗୀମାନଙ୍କୁ ସାହାଯ୍ୟରେ କ treatment ଶିକ୍ଷା ଚିକିତ୍ସା ଯୋଗାଇ ଦେଉ ନାହିଁ |
ଆଲୋପାଥ୍ୟ କିମ୍ବା ହୋମିଓପାଥୀର medicines ସ୍ଥ | ମୁଁ ଏଠାରେ ଘୋଷଣା କରେ ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ମୋ ଦ provided ାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ସୂଚନା |
ସତ୍ୟବାଦୀ ଏବଂ ମୋ ଜ୍ଞାନର ଉତ୍ତମ ଅଟେ |

ମୁଁ ଆମ୍-ପ୍ରମାଣିତ 3 ପାସପୋର୍ଟ ସାଇଜ୍ ଫଟୋଗ୍ରାଫ୍ ଆବଶ୍ୟକ କରିଛି |

TCHP ର ନାମ

ଆବେଦନକାରୀ TCHP କିମ୍ବା
ଆବେଦନକାରୀ TCHP ର ଅମ୍ ଇମ୍ପ୍ରେସନ୍ |

ତାରିଖ (dd / mm / yyyy)

ସ୍ଥାନ

ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ:

DD ନା:

ତାରିଖ:

ପୃଷ୍ଠା 2

**ନିମ୍ନଲିଖିତ ଫର୍ମଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ କରିବାକୁ ହେବ |
TCHP ଏବଂ ଆବେଦନ ସହିତ ଦାଖଲ |
ଅନୁମୋଦନ:**

ସେଲଫ୍ ଘୋଷଣା

ମୁଁ..... (TCHP ର ନାମ),

ନିଶ୍ଚିତ କର, ମୁଁ ମୋ ସମ୍ପ୍ରଦାୟକୁ ପାରମ୍ପାରିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନ କରେ |

.....
.....
.....
.....

ମୋ ପରିବାର / ଗୁରୁଙ୍କଠାରୁ ପ୍ରାପ୍ତ ଜ୍ଞାନ ଏବଂ କ skills ଶକ ଅନୁଯାୟୀ | ମୁଁ କୁ that ିପାରୁଛି ଯଦି ମୁଁ

ଯେକ any ଶିକ୍ଷା ଆନୁଷ୍ଠାନିକ medicine ସ୍ଥର ମୋର ସେବା ଯୋଗାଇବାକୁ ଦାବି କରୁଥିବା ଦେଖିବାକୁ ମିଳିଛି କିମ୍ବା

ମୋର ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ କୁ ଭୁଲ ଭାବରେ ଉପସ୍ଥାପନ କରେ, ପରବର୍ତ୍ତୀ ସମୟରେ, ମୋର ପ୍ରମାଣପତ୍ର ହୁଏତ ସ୍ଥଗିତ ଏବଂ / କିମ୍ବା |

ପ୍ରତ୍ୟାହାର

ମୁଁ ଏହା ମଧ୍ୟ ନିଶ୍ଚିତ କରେ ଯେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଇବାରେ ସକ୍ଷମ ହେବା ପାଇଁ ମୋର ସ୍ୱ health ାସ୍ଥ୍ୟ ଏବଂ ସୁସ୍ଥ ମନ ଅଛି |

ସେବାଗୁଡ଼ିକ ଏବଂ ଯେତେବେଳେ ମୋ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଆସେ ସେତେବେଳେ ଏହା ଆପଣଙ୍କ ନଜରକୁ ଆଣିବ ଯାହା କରିବ |

ପାରମ୍ପାରିକ ସମ୍ପ୍ରଦାୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ (TCHP) ଭାବରେ ମୋର କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ଉପରେ ପ୍ରତିକୂଳ ପ୍ରଭାବ ପକାଇଥାଏ | ମୁଁ

ବୁ understand କୁ ଯଦି ପରବର୍ତ୍ତୀ ସମୟରେ TCHP ଭାବରେ ମୋର କର୍ତ୍ତବ୍ୟ ତୁଲାଇବା ପାଇଁ ଯଦି ମୁଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ-ଜ୍ଞାନୀ ନୁହେଁ |

ତାରିଖ, ମୋର ପ୍ରମାଣପତ୍ର ସ୍ଥଗିତ ଏବଂ / କିମ୍ବା ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରାଯାଇପାରେ |

ମୁଁ ମୋର କାର୍ଯ୍ୟକ୍ଷେତ୍ରରେ ଏକ ନିରାପଦ ଏବଂ ଦାୟିତ୍ୱ environment ପୂର୍ଣ୍ଣ ପରିବେଶ ନିଶ୍ଚିତ କରିବି ଏବଂ ଗୁଣାତ୍ମକ ଯତ୍ନ ପ୍ରଦାନ କରିବି |

ଯେଉଁମାନେ ମୋଠାରୁ ଏହା ଖୋଜନ୍ତି |

ମୁଁ ନିଶ୍ଚିତ କରେ ଯେ ମୁଁ ଏହି ଘୋଷଣାର ଏକ ଅଂଶ ଗଠନ କରୁଥିବା ତତ୍ତ୍ୱମେଣ୍ଟ ପ read ିଛି ଏବଂ / କିମ୍ବା ବୁ understood ିଛି |

TCHP ର ନାମ

ଆବେଦନକାରୀ TCHP କିମ୍ବା
ଆବେଦନକାରୀ TCHP ର ଅମ୍ ଇମ୍ପ୍ରେସନ୍ |

ତାରିଖ (dd / mm / yyyy) ସ୍ଥାନ

ଆଦର୍ଶ ଆଚରଣ ବିଧି

ପାରମ୍ପାରିକ ସମ୍ପ୍ରଦାୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ପାଇଁ ଯୋଜନା |
(VCSTCHP) ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାରେ TCHP ଦ୍ୱାରା ଖୋଜାଯାଇଥିବା ଭୂମିକାର ଗୁରୁତ୍ୱକୁ ସ୍ୱୀକାର କରେ |
(<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare Providers.php>) |

ଫଳସ୍ୱରୂପ, ଏକ ଦାୟିତ୍ୱ ,, ନିରାପଦ ଏବଂ ସୁରକ୍ଷିତ ନିଶ୍ଚିତ କରିବା TCHP ର ଦାୟିତ୍ୱ |
ଯେଉଁମାନେ ଯତ୍ନ ନିଅନ୍ତି ସେମାନଙ୍କ ପ୍ରତି ପରିବେଶ |

TCHP ଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ସର୍ବୋଚ୍ଚ କାର୍ଯ୍ୟ ମାନକୁ ସମର୍ଥନ କରିବାକୁ, ମୁଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ଭିତ୍ତିଭୂମି ଗ୍ରହଣ କରେ |
ନୀତିଗୁଡ଼ିକ:

1. ମୁଁ ଭେଦଭାବରୁ ଦୂରେଇ ରହିବି କିମ୍ବା ଏହାକୁ ଖୋଜୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଯତ୍ନ ନେବାକୁ ମନା କରିବି |
ମୁଁ, ଜାତି, ଲିଙ୍ଗ, ଯ sexual ନ ଆଭିମୁଖ୍ୟ, ଧାର୍ମିକ କିମ୍ବା ଜାତୀୟ ଉତ୍ପତ୍ତି ଉପରେ ଆଧାରିତ |
2. ମୁଁ ସାଥୀମାନଙ୍କ ମାଧ୍ୟମରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସେବାରେ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଏବଂ କ skills ଶକ ବିସ୍ତାର କରିବି-

- ସଭା, ଶିକ୍ଷାଗତ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ଏବଂ ଅଧ୍ୟୟନ |
- 3. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସ୍ତରରେ ମୁଁ ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଚିକିତ୍ସା ଏବଂ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ମୌଳିକ ଅଭ୍ୟାସ ବଜାୟ ରଖିବି |
- କାରଣ ଏବଂ ମୋର ପ୍ରମାଣପତ୍ରକୁ ଭୁଲ ଉପସ୍ଥାପନ କରିବି ନାହିଁ |
- 4. ମୁଁ ଏକ ସୁସ୍ଥ ଜୀବନଶୈଳୀ ଲାଭ କରିବି |
- 5. ମୁଁ ନିରାପଦ କାର୍ଯ୍ୟ ପରିବେଶ ଏବଂ ସମସ୍ତଙ୍କ ସହିତ କାର୍ଯ୍ୟ ସମ୍ପର୍କ ସ୍ଥାପନ ଏବଂ ପରିଚାଳନା କରିବି |
- ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଖୋଜୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି |
- 6. ମୁଁ ମୋର କାର୍ଯ୍ୟରେ ମାନବିକତାର ଏକ ମନୋଭାବ ବା ଚାହୁଁଛି ଏବଂ ସମ୍ପ୍ରଦାୟର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ସମର୍ଥନ କରିବି |
- ପଦକ୍ଷେପ
- 7. ମୁଁ କେବଳ ମୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସ୍ଥିତି ମାମଲା ପରିଚାଳନା କରିବି ଏବଂ ଯେକୌଣସି କରୁନାକାଳୀନ ପରିସ୍ଥିତିକୁ ରେଫର୍ କରୁଛି |
- ନିକଟସ୍ଥ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁବିଧା
- 8. ସମସ୍ତ ପାରମ୍ପାରିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସମ୍ପର୍କରେ, ମୁଁ ସର୍ବୋତ୍ତମ ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ପ୍ରଣାଳୀ ବଜାୟ ରଖିବି |
- ଏବଂ କ୍ରମାଗତ ଭାବରେ ଜ୍ଞାନ ଏବଂ କୌଶଳ ଶିଖିବାକୁ ଚେଷ୍ଟା କରୁଛି |
- 9. ମୁଁ ମୋର ଜ୍ଞାନ, ସେବା ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟ ସଙ୍ଗଠନଗୁଡ଼ିକୁ ସୁସ୍ଥ ଏବଂ ପାଇଁ ଦେଖେ |
- ମୋ ସମ୍ପ୍ରଦାୟର ଲୋକଙ୍କ ଲାଭ |
- 10. ମୁଁ ଅଖଣ୍ଡତାକୁ ସମ୍ମାନ ଦେବି ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଖୋଜୁଥିବା ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ କଲ୍ୟାଣ ରକ୍ଷା କରିବି |
- ମୋ ଠାରୁ, ଏବଂ ସ୍ୱୀକାର କର ଯେ ସେମାନଙ୍କ ବିଷୟରେ ଯେକୌଣସି ସୂଚନା ରକ୍ଷା କରିବା ଆମର କର୍ତ୍ତବ୍ୟ |
- ସେବା ଯୋଗାଣ ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ପ୍ରାପ୍ତ |
- 11. ମୁଁ କୌଣସି ବିଜ୍ଞାପନ, କିମ୍ବା ଘୋଷଣା, ସର୍ବସାଧାରଣ ବିବୃତ୍ତି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିବି ନାହିଁ |
- କିମ୍ବା ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତୁତ ପ୍ରୋସାହନମୂଳକ ସାମଗ୍ରୀ, କିମ୍ବା ଆମ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ବିଷୟରେ ଜନସାଧାରଣଙ୍କୁ ଅବଗତ କରାଇବା ପାଇଁ |
- 12. ମୁଁ ସର୍ବସାଧାରଣ ବିବୃତ୍ତି, ବିଜ୍ଞାପନ ଇତ୍ୟାଦି କରିବି ନାହିଁ ଯାହା ମିଥ୍ୟା, ଠକ, ବିଭ୍ରାନ୍ତକାରୀ କିମ୍ବା ପ୍ରତାରଣାକାରୀ |
- 13. ମୁଁ ମୋର କାର୍ଯ୍ୟକ୍ଷେତ୍ରରେ ମୋର ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ (ଉଭୟ ପାର୍ଶ୍ୱ) ଦୃଶ୍ୟମାନ ଭାବରେ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରିବି |

TCHP ର ନାମ

ଆବେଦନକାରୀ **TCHP** କିମ୍ବା
ଆବେଦନକାରୀ **TCHP** ର ଥମ୍ ଇମ୍ପ୍ରେସନ୍ |

ତାରିଖ (dd / mm / yyyy) ସ୍ଥାନ

ମାଗଣା ପ୍ରାଥମିକ ସୂଚନା ବିଷୟବସ୍ତୁ |

ଭାଗ 1: ସୂଚନା ସିଟ୍ |

ତୁମର ଜ୍ଞାନ ଏବଂ ଦକ୍ଷତା ଭିତ୍ତିକ ଦକ୍ଷତାର ଏହି ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ ଅଧୀନରେ ଚାଲିଛି |
କ୍ୱାଲିଟି କାଉନ୍ସିଲ୍ ଅଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ (QCI) - ସ୍ଥାନୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରମ୍ପରାର ପୁନର୍ଜୀବନ ପାଇଁ ଫାଉଣ୍ଡେସନ୍ |
(FRLHT) ପାରମ୍ପାରିକ ସମ୍ପ୍ରଦାୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଯୋଜନା |
(VCSTCHP) (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>) |

ମି oral ଖୁବ୍ ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ, କେବଳ ଉପସ୍ଥାପନା ମାଧ୍ୟମରେ ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ କରାଯିବ,
ବ୍ୟବହାରିକ ପ୍ରଦର୍ଶନ ଏବଂ କ୍ଷେତ୍ର ଯାତ୍ରା | ତୁମର ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ
medicines ଷୟ, ପ୍ରଶାଳନ ଏବଂ କି ଶକ୍ତି ଯାହା ଆପଣ ସମାନ ଭାବରେ ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତି ତାହା ପ୍ରକାଶ ହୋଇପାରେ |
ତୁମର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ ସମୟରେ ଅଧୀନରେ ଥିବା ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଏବଂ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅନୁଯାୟୀ |
ଜାତୀୟ ନିୟମ, ପ୍ରକାଶିତ ସୂଚନାକୁ ଗୋପନୀୟ ଭାବରେ ଗ୍ରହଣ କରାଯିବ | ସୂଚନା
ସଂଗୃହୀତ କେବଳ ଜ୍ଞାନ ଏବଂ ପ୍ରମାଣପତ୍ରର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ | ତୁମର ଅଂଶଗ୍ରହଣ
ଏହି ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନରେ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଏବଂ ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନରୁ ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିବାର ଆପଣଙ୍କର ସମସ୍ତ ଅଧିକାର ଅଛି |
ଯେକି ever ଶସି କାରଣ ନ୍ୟସ୍ତ ନକରି |

ତୁମର ଜ୍ଞାନ ଏବଂ କି ill ଶକ୍ତିର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନର ସଫଳ ସମାପ୍ତି ପରେ, ତୁମେ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପାଇବ |
ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସ୍ତର ପାଇଁ ଯାହା ପାଇଁ ତୁମର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ କରାଯାଇଥିଲା | ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍
5 ବର୍ଷ ପାଇଁ ଏକ ବା valid ଧରା ରହିବ | ଯଦି ଆପଣ ଅନୁଭବ କରୁଛନ୍ତି ଯେ ଆପଣ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଉପକୃତ ହୋଇଛନ୍ତି |
ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ଆପଣ ପୁନର୍ତ୍ତ ଯାତ୍ରା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରିପାରିବେ ଏବଂ ଏହାର ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ପଡିବ |
ତୁମର ଜ୍ଞାନ ଏବଂ କି skills ଶକ୍ତିର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ |

ମେଡିକାଲ ଭାବରେ କି registration ଶସି ପ୍ରକାରର ପଞ୍ଜୀକରଣ ଦାବି ପାଇଁ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ଆପଣଙ୍କୁ ଅନୁମତି ଦେବ ନାହିଁ |
ମୁଖ୍ୟସ୍ତ୍ରୋତ ଚିକିତ୍ସା ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ଅଭ୍ୟାସକାରୀ କିମ୍ବା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ |

ଭାଗ 2: ଆବେଦନକାରୀ TCHP ର ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ସମ୍ମତି |

ମୁଁ (ଆବେଦନକାରୀ TCHP ନାମ)
ଉପରୋକ୍ତ ବିଷୟରେ ପଢ଼ି ଶୁଣିଛୁ / ସୂଚନା ଦିଆଯାଇଛି ଏବଂ ମୋ ପାଇଁ କି ଯୁ ଶସି ପ୍ରଶ୍ନ ସ୍ପଷ୍ଟ କରିବାକୁ ସୁଯୋଗ ଦିଆଯାଇଛି |
ସହୁଷ୍ଟ ମୋର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ଅନୁଯାୟୀ ସୂଚନା ବାଣ୍ଟିବାକୁ ମୁଁ ରାଜି ଅଟେ |

TCHP ର ନାମ

ଆବେଦନକାରୀ TCHP କିମ୍ବା
ଆବେଦନକାରୀ TCHP ର ଅନ୍ ଇଣ୍ଡେକ୍ସନ୍ |

ତାରିଖ (dd / mm / yyyy) ସ୍ଥାନ |

ଗ୍ରାମ / ପଞ୍ଚାୟତ ଗ୍ରାମ ସଭା ଦ୍ୱାରା ଅନୁମୋଦନ /
ଗ୍ରାମପଞ୍ଚାୟତ / ସ୍ଥାନୀୟ ପ୍ରଶାସନ

(ଦୟାକରି ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ (କ) ପରିଚୟ, (ଖ) ଆବାସିକ ଠିକଣା, (ଗ) ଅଭ୍ୟାସ କରୁଥିବା ବର୍ଷ ସଂଖ୍ୟା, (ଘ) ଅଭ୍ୟାସ ର ସ୍ଥିତ ଏବଂ (ଙ) ଆପଣଙ୍କ ଗାଁ ସମ୍ପ୍ରଦାୟରେ TCHP ର ଉପଯୋଗୀତା)

ଆମେ ଏଠାରେ ଦର୍ଶାଇଛୁ ଯେ ଶ୍ରୀ / ସ୍ତ୍ରୀ |

ପୁଅ / daughter ିଅ / ସ୍ୱାମୀ / ପତ୍ନୀ ଶ୍ରୀ / ସ୍ତ୍ରୀ

ଗ୍ରାମରେ TCHP ଭାବରେ ଅଭ୍ୟାସ କରୁଛି ଗ୍ରାମ,
..... ପୋଷ୍ଟ, | | ତାଲୁକା,
..... | ଜିଲ୍ଲା, ରାଜ୍ୟ

ଯେହେତୁ ବର୍ଷ ଆମେ ଏହା ମଧ୍ୟ ଦର୍ଶାଇଛୁ ଯେ ସେ ପାରମ୍ପାରିକ ସମ୍ପ୍ରଦାୟ ଯୋଗାଉଛନ୍ତି

ନିମ୍ନଲିଖିତ ଅଭ୍ୟାସ ଧାରା ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ନିମ୍ନରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଛି (ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ);

..... | | | |
..... | | | |
..... | | | |
..... | | | |

ଆମେ ସ୍ / ାକାର କରୁଛୁ ଯେ ଶ୍ରୀ / Smt ର ସେବା

ଯେହେତୁ ଏକ TCHP ଆମ ଗାଁ ସମ୍ପ୍ରଦାୟ ପାଇଁ ଅତ୍ୟନ୍ତ ଲାଭଦାୟକ ଅଟେ |

TCHP ର ନାମ

ଦସ୍ତଖତ କିମ୍ବା ଅମ୍ ଲମ୍ପ୍ରେସନ୍ ଏବଂ ସିଲ୍
(ରାଷ୍ଟ୍ରପତି / ସଚିବ)

ତାରିଖ (dd / mm / yyyy)

ସ୍ଥାନ |

(ଏହି ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ଗ୍ରାମ ସଭା / ଗ୍ରାମପଞ୍ଚାୟତ / ସ୍ଥାନୀୟରୁ ପ୍ରାପ୍ତ ହେବ |
ସରକାରୀ ସଭାପତି କିମ୍ବା TCHP ର ବାସସ୍ଥାନର ସଚିବ)