



விண்ணப்ப எண்:
(அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு)

விண்ணப்ப படிவம்.

**பாரம்பரிய சமூக ஆரோக்கியம் அளிப்பவர்கள்
சான்றிதழ் விநியோக திட்டம் (VCSTCHPs) for Applicant TCHP**

புகைப்படம்:

முழு பெயர்:

ஆண் / பெண்:

பிறந்த தேதி:

தந்தை / பாதுகாவலரின் பெயர்:

தொடர்பு முகவரி:

அருகாமையில் உள்ள இருப்பிடக் குறி:

கிராமம்:

தாலுகா:

ஜிப் குறியீடு:

மாவட்டம்:

ஆதார் எண்.:

தொலைபேசி எண்.:

அலைபேசி எண்.:

மருத்துவத்தில் பயிற்சி அளித்த "குடும்பத்தின் மூத்த உறுப்பினர்" / "குருவின்" விவரங்கள்.

பெயர்:

விண்ணப்பதாரருடனான உறவு:

தொடர்பு முகவரி:

தாலுகா:

மாவட்டம்:

ஜிப் குறியீடு:

தொலைபேசி எண்.:

அலைபேசி எண்.:

பரம்பரை சுகாதார பராமரிப்பு பணி அனுபவம்: ஆண்டு.

தெரிந்த மொழிகள்

சிகிச்சை பிரிவு பட்டியல்: எந்த பிரிவு சான்றிதழ்கள் மதிப்பீடு செய்ய உங்களுக்கு தேவை உள்ளது?

பொதுவான நோய்கள்

பாரம்பரிய மகப்பேறு பராமரிப்பு

மஞ்சள் காமாலை சிகிச்சை

பரம்பரை எலும்பு சிகிச்சை

நச்சு சிகிச்சை

வாத நோய் சிகிச்சை

இதற்கு முன் ஏதேனும் ஆவண விநியோக குழுவை அணுகியிருக்கிறீர்களா?

ஆம்

இல்லை.

முன் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்பட்டதா?

ஆம்

இல்லை.

இந்த திட்டத்தின் கீழ் சான்றிதழ் பெறப்பட்டிருந்தால் அல்லது
விண்ணப்பம் சமர்ப்பிக்கப்பட்டிருந்தால், அந்த விண்ணப்ப எண்.

சத்யவாக்குமுலம்:

என்னுடைய தனது அறிவு மற்றும் திறனின் வெளிச்சத்தில் இந்த அறிக்கையை வெளியிடுகிறேன். ஒரு மூத்த குடும்ப உறுப்பினர் அல்லது குருவின் ஆய்வின்படி, நோயாளிகள் பாரம்பரிய / நாட்டுப்புற வைத்தியத்தில் முதன்மை / சுகாதாரப் பராமரிப்பு நிலைமைகளுக்கு மட்டுமே சிகிச்சை அளிப்பதாக உறுதியளிக்கிறேன், எந்த சூழ்நிலையிலும் அலோபதி மற்றும் ஹோமியோபதி மருந்துகளின் உதவியுடன் சிகிச்சை அளிப்பதில்லை என்று உறுதியளிக்கிறேன். மேற்கண்ட அனைத்து தகவல்களும் உண்மை மற்றும் எனக்கு தெரிந்த வரையில் உண்மை என்று நான் சத்தியம் செய்கிறேன்.

விண்ணப்பதாரரின் பெயர் (TCHP)

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் (TCHP) அல்லது

விண்ணப்பதாரரின் கைரேகை.

தேதி (dd/mm/yyyy):

இடம்:

சிகிச்சை மையத்தின் முகவரி (இருந்தால்):

அருகாமையில் உள்ள இருப்பிடக் குறி:

கட்டண விவரங்கள்.

வங்கியின் பெயர்:

துகை:

டி.டி.என்:

தேதி:

“ஆதார் அட்டையின்” நகல் மற்றும் 3 சுய கையெழுத்திட்ட பாஸ்போர்ட் அளவு புகைப்படங்களை சமர்ப்பிக்கவும்.

விண்ணப்பதாரரின் பெயர் (TCHP)

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் (TCHP) அல்லது
விண்ணப்பதாரரின் கைரேகை.

தேதி (dd/mm/yyyy):

இடம்:

சிகிச்சை முறை:

ஆயுவேத சிகிச்சை.

சித்த சிகிச்சை.

பாரம்பரிய உள்ளூர் மருத்துவம்.

நாட்டுப்புற மருத்துவம்.

வீட்டு வைத்தியம்.

ஒற்றை மூலிகை சிகிச்சை.

**பின்வரும் படிவங்கள் விண்ணப்பதாரர்கள் (TCHP) விண்ணப்பத்தை பூர்த்தி செய்து
கையெழுத்திட்டு ஒப்புதலுக்காக சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.
சுய அறிவிப்பு.**

நான் (TCHP இன் பெயர்),
உறுதிகூறுகின்றேன், நான் அளிப்பதற்காக கூறுகின்ற பாரம்பர்ய ஆரோக்கிய பிரிவானது
எனது சமூகத்திற்கு வழங்குவேன் அது

எனது குடும்பம் மற்றும் வழிகாட்டியிடமிருந்து நான் பெற்ற அறிவு மற்றும்
திறமைகளைப் பொறுத்து நான் இதை செய்கிறேன்.

நான் எந்த முறையான மருத்துவ முறையின் சேவைகளை வழங்குவதாகக் கூறினால்
அல்லது எனது சான்றிதழை தவறாக சித்தரித்ததாகக் கண்டால், பிற்காலத்தில், என்
சான்றிதழ் இடைநிறுத்தப்படலாம் மற்றும் / அல்லது ரத்து செய்யப்படலாம்.

மேலும் நான் நல்ல உடல்நலமும், சுகாதார சேவைகளை வழங்க நல்ல மனமும்
கொண்டவன், எனது உடல்நலத்தில் மாற்றம் ஏற்படும்போது இதை உங்கள்
கவனத்திற்கு கொண்டு வருவேன், மேலும் பாரம்பரிய சமூக சுகாதார வழங்குநராக
(TCHP) எனது செயல்திறனை இது மோசமாக பாதிக்கலாம், நான் அதை உறுதி
செய்கிறேன். பிற்காலத்தில் நான் ஒரு TCHP யாக என் கடமைகளைச் செய்ய உடல்
தகுதியற்றவனாகக் காணப்பட்டால், எனது சான்றிதழ் இடைநிறுத்தப்படலாம் மற்றும் /
அல்லது ரத்து செய்யப்படலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

எனது பணியிடத்தில் பாதுகாப்பான மற்றும் பொறுப்பான சூழலை உறுதி செய்வேன்,
என்னிடமிருந்து விரும்பும் அனைவருக்கும் தரமான கவனிப்பை வழங்குவேன்.

இந்த பிரகடனத்தின் ஒரு பகுதியாக இருக்கும் ஆவணத்தை நான் படித்தேன் மற்றும் /
அல்லது புரிந்து கொண்டேன் என்பதை உறுதி செய்கிறேன்.

விண்ணப்பதாரரின் பெயர் (TCHP)

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் (TCHP) அல்லது
விண்ணப்பதாரரின் கைரேகை.

தேதி (dd/mm/yyyy)

இடம்

நடத்தை விதி

பாரம்பரிய சமூக சுகாதார அளிப்பவர்கள் தன்னார்வ சான்றிதழுக்கான ஆரம்ப சுகாதார திட்டத்தில் TCHP இன் பங்கு முக்கியத்துவம் (VCSTCHP) அடையாளம் காணுதல் (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>).

இதன் விளைவாக, கவனிப்பு தேடுபவர்களுக்கு பொறுப்பான, பாதுகாப்பான மற்றும் பாதுகாப்பான சூழலை உறுதி செய்யும் பொறுப்பு TCHP க்கு உள்ளது.

TCHP களுக்கான மிக உயர்ந்த வேலைவாய்ப்பை பராமரிப்பதற்காக, பின்வரும் அடிப்படை கொள்கைகளுடன் நான் உடன்படுகிறேன்.

1. இனம், பாலினம், பாலியல் நோக்குநிலை, மதம் அல்லது தேசிய வம்சாவளியை அடிப்படையாகக் கொண்டு எவருக்கும் பாரபட்சம் காட்டவோ அல்லது பராமரிக்க மறுக்கவோ மாட்டேன்.
2. கூட்டுறவு கூட்டங்கள், கல்வி நடவடிக்கைகள் மற்றும் கற்றல் மூலம் எனது அறிவு மற்றும் சுகாதார சேவைகளின் திறன்களை வளர்த்துக் கொள்வேன்.
3. எனக்கு கிடைத்த சான்றிதழ் பிரிவின் பேரில் நான் சுகாதாரத் துறையில் ஒரு நெறிமுறை மற்றும் தார்மிக நெறியில் பயிற்சியைப் பராமரிப்பேன், எனது சான்றிதழை தவறாக சித்தரிக்க மாட்டேன்.
4. நான் ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை முறையைப் பின்பற்றுவேன்.
5. சிகிச்சைக்கு வருபவர்களுடன் பாதுகாப்பான பணிச்சூழலையும் பணி உறவையும் ஏற்படுத்தி பராமரிப்பேன்.
6. எனது செயல்பாடுகளில் நான் ஒரு மனிதாபிமான அணுகுமுறையை வளர்ப்பேன் மற்றும் சமூக சுகாதார முயற்சிகளுக்கு ஆதரவளிப்பேன்.
7. நான் எனது சுகாதாரப் பிரிவு (Streams) உள்ள நோய்களை மட்டுமே கையாள்வேன் மற்றும் அவசரநிலைக்கு அருகிலுள்ள சுகாதார மையத்திற்குச் செல்ல பரிந்துரைக்கிறேன்.
8. பாரம்பரிய உடல்நலம் தொடர்பான அனைத்து விஷயங்களிலும், நான் சிறந்த நடைமுறைகளைப் பின்பற்றுவேன், தொடர்ந்து எனது அறிவையும் திறமையையும் அதிகரிப்பேன்.
9. எனது அறிவு, சேவைகள் மற்றும் பணிக்குழுக்கள் வெளிப்படையாகவும் எனது சமூகத்தில் உள்ள மக்களின் நலனுக்காகவும் இருப்பதை நான் பார்க்கிறேன்.
10. என்னிடமிருந்து ஆரோக்கியத்தைத் தேடும் அனைத்து தனிநபர்களின் நேர்மையையும் நான் மதிக்கிறேன், பாதுகாப்பேன், வழங்கப்பட்ட சேவை பற்றிய அனைத்து தகவல்களையும் பாதுகாப்பது என் பொறுப்பு என்பதை நான் உணர்கிறேன்.
11. எங்களது செயல்பாடுகள் குறித்து பொதுமக்களுக்கு தெரியப்படுத்த நான் அல்லது நானே செய்த எந்த அறிவிப்பும், பொது அறிக்கை அல்லது விளம்பரப் பொருள் உட்பட எந்த விளம்பரத்தையும் நான் வைக்கமாட்டேன்.
12. நான் பொய்யான, ஏமாற்றும், தவறாக வழிநடத்தும் அல்லது ஏமாற்றும் பொது அறிக்கைகள் அல்லது விளம்பரங்களை செய்யமாட்டேன்.
13. நான் எனது பணியிடத்தில் எனது சான்றிதழை (இருபுறமும்) காட்சிப்படுத்துவேன்.

விண்ணப்பதாரரின் பெயர் (TCHP)

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் (TCHP) அல்லது
விண்ணப்பதாரரின் கைரேகை.

தேதி (dd/mm/yyyy)

இடம்

முன்கூட்டியே விவரங்களைக் குறிப்பிடும் அனுமதி கடிதம்

பகுதி 1: தகவல் ஆவணம்.

உங்கள் அறிவு மற்றும் திறன் அடிப்படையிலான திறமை பற்றிய மதிப்பீடு இந்திய தர கவுன்சில் (QCI) மற்றும் உள்ளூர் சுகாதார மரபுகளின் புத்துயிர் (FRLHT), பாரம்பரிய சமூக சுகாதார வழங்குநர்களுக்கான தன்னார்வ சான்றிதழ் (VCSTCHP) திட்டத்தின்கீழ் மேற்கொள்ளப்படுகிறது. (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>).

வாய்வழி தேர்வு, பொருள் விளக்கக்காட்சி (Case Presentation), நடைமுறைத் தேர்வு மற்றும் நிறுவனத் தேர்வு, அதன் மூலம் மதிப்பீடு செய்யப்படும். உங்கள் சிகிச்சை மற்றும் மருந்துகள், நடைமுறைகள் மற்றும் நுட்பங்களைப் பற்றிய தகவல்கள் உங்கள் மதிப்பீட்டின் போது வெளிப்படுத்தப்பட வேண்டும். வெளிப்படுத்தப்பட்ட தகவல்கள் தேசிய சட்டத்தின் கீழ் கடமைகள் மற்றும் கடமைகளுக்கு உட்பட்டு இரகசியமாக கருதப்படும். சேகரிக்கப்பட்ட தகவல்கள் அறிவு மற்றும் சான்றிதழ் மதிப்பீட்டிற்கு மட்டுமே. இந்த மதிப்பீட்டில் உங்கள் பங்கேற்பு தன்னார்வமானது மற்றும் எந்த காரணமும் இல்லாமல் மதிப்பீட்டில் இருந்து விலக உங்களுக்கு முழு உரிமை உள்ளது.

உங்கள் அறிவு மற்றும் திறன்களின் மதிப்பீட்டை வெற்றிகரமாக முடித்தவுடன், உங்களை மதிப்பீடு செய்த குறிப்பிட்ட சுகாதார பிரிவில் சான்றிதழைப் பெறுவீர்கள். சான்றிதழ் 5 ஆண்டுகளுக்கு செல்லுபடியாகும். சான்றிதழிலிருந்து நீங்கள் பயனடைந்ததாக உணர்ந்தால், நீங்கள் மறு மதிப்பீட்டிற்கு விண்ணப்பிக்கலாம் மற்றும் உங்கள் அறிவு மற்றும் திறன்களை மதிப்பிடும் செயல்முறைக்கு உட்படுத்தலாம்.

ஒரு மருத்துவ பயிற்சியாளராக, சான்றிதழ் உங்களை எந்த வகையான பதிவு அல்லது முக்கிய மருத்துவ அமைப்பில் சேர்ப்பதற்கு அனுமதிக்கப்படுவதில்லை.

பகுதி 1: TCHP விண்ணப்பதாரரின் தன்னார்வ ஒப்புதல்.

நான் (TCHP விண்ணப்பதாரரின் பெயர்) மேலே படித்தேன் / எனக்குத் திருப்தி அளிக்கும் எந்தவொரு கேள்விகளையும் தெளிவுபடுத்துவதற்கான வாய்ப்பை எனக்கு வழங்கியது. எனது மதிப்பீட்டிற்குத் தேவையான தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்ள நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

விண்ணப்பதாரரின் பெயர் (TCHP)

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் (TCHP) அல்லது
விண்ணப்பதாரரின் கைரேகை.

தேதி (dd/mm/yyyy)

இடம்

**ஒப்புதல் காக, கிராமம் / பஞ்சாயத்து கிராம சபை/
கிராம பஞ்சாயத்து / உள்ளூர் அரசு**

(தயவுசெய்து உறுதிப்படுத்தவும் (1) அடையாளம், (2) குடியிருப்பு முகவரி, (3) பயிற்சியின் ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை; (4) பயிற்சி பிரிவு (ஸ்ட்ரீம்) (5) உங்கள் கிராமப்புற சமூகத்தில் TCHP இன் பயன்)

ஸ்ரீ / திருமதி. (விண்ணப்பதாரரின் பெயர்),

ஸ்ரீ / திருமதி (பெற்றோரின் பெயர்),

இன் மகன் / மகள் / கணவன் / மனைவி; "டி. சி எச் பி" ஆக

..... கிராமத்தில் அஞ்சல்,

..... தாலுகா, மாவட்டம்,

..... மாநிலத்தில் வருடங்களாக.

நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது என்பதற்கு இது ஒரு சான்று பின்வரும் பிரிவுகளில் (ஸ்ட்ரீம்களில்) பாரம்பரிய சமூக ஆரோக்கியம் வழங்கப்படுகிறது என்று நாங்கள் குறிப்பிடுகிறோம் (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்);

ஸ்ரீ / திருமதி. TCHP யாக

சேவைகளை வழங்குவது எங்கள் கிராம சமூகத்திற்கு மிகவும் நன்மை பயக்கும் என்பதை நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறோம்.

TCHP விண்ணப்பதாரரின் பெயர்

கையொப்பம் அல்லது கைரேகை மற்றும் முத்திரை.....
(தலைவர் / செயலாளர்)

தேதி (dd/mm/yyyy) இடம்

(இந்த ஆவணம் கிராம சபை / கிராம பஞ்சாயத்து / உள்ளூரிலிருந்து பெறப்பட வேண்டும் TCHP வசிக்கும் இடத்தின் அரசாங்கத் தலைவர் அல்லது செயலாளர்)