

कार्यालय महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड

डाण्डा लखौण्ड, पो0ओ0 गुजराडा, सहस्त्रधारा रोड, देहरादून।

ई-मेल:-smhauthority007@gmail.com दूरभाष:-0135-2608763, फ़ैक्स:-0135-2608746

पत्रांक:-21प/सा0/रा0मा0स्वा0प्राधि0/03/2020/

देहरादून: दिनांक 27 मई, 2022

सेवा में,

आई0ई0सी0अधिकारी,
स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय,
उत्तराखण्ड देहरादून।

विषय :- दो दैनिक समाचार पत्रों (हिन्दी व अंग्रेजी) में राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के गैर-सरकारी सदस्यों के रूप में नामांकन आमंत्रित किये जाने विषयक।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक अवगत कराना है कि महानिदेशालय, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, विभाग उत्तराखण्ड देहरादून सरकार द्वारा राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण देख-रेख अधिनियम-2017 की धारा-46 के अन्तर्गत गठित राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के गैर-सरकारी सदस्य के रूप में नामांकन के लिए पात्र व्यक्तियों/संगठनों से आवेदन आमंत्रित किये जाने हेतु दो दैनिक समाचार पत्रों (हिन्दी व अंग्रेजी) व एक राष्ट्रीय समाचार पत्र (अंग्रेजी) के माध्यम से विज्ञप्ति/सूचना प्रकाशित की जानी है।

अतः विज्ञप्ति (हिन्दी, अंग्रेजी) में आपको इस आशय के साथ संलग्न कर प्रेषित किया जा रहा है कि आप सर्वाधिक प्रचलित दो दैनिक समाचार पत्रों (हिन्दी व अंग्रेजी) व एक राष्ट्रीय समाचार पत्र (अंग्रेजी) के माध्यम से उक्त विज्ञप्ति/सूचना दिनांक 28/05/2022 को प्रकाशित कराना सुनिश्चित करें।

संलग्न:-उपरोक्तानुसार।

भवदीया,

(मुख्य कार्यकारी अधिकारी)

राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण,
उत्तराखण्ड देहरादून।

पत्र संख्या- 21प/सा0/रा0मा0स्वा0प्राधि0/03/2020/

12109
तददिनांकित।

प्रतिलिपि:- नोडल अधिकारी(आई0टी0 सैल), स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय को इस आशय के साथ प्रेषित की उक्त वेबसाइट पर आवेदन निर्धारित प्रारूप, शपथ-पत्र, मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख अधिनियम-2017 तथा मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख (राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण) नियम-2018 को Upload करना सुनिश्चित करें(छायाप्रति संलग्न)।

Bah

(मुख्य कार्यकारी अधिकारी)

राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण,
उत्तराखण्ड देहरादून।

कार्यालय महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड

डाण्डा लखौण्ड, पो0ओ0 गुजराड़ा, सहस्त्रधारा रोड़, देहरादून।

ई-मेल:-dghealth.uttarakhand@gmail.com, दूरभाष:-0135-2608763, फ़ैक्स:-0135-2608746

कार्यालय, महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड द्वारा राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण, उत्तराखण्ड सरकार, मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख अधिनियम-2017 की धारा- 46 एवं मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख (राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण) नियम 2018 के अन्तर्गत गठित राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के रिक्त पदों हेतु गैर-सरकारी सदस्यों के रूप में नामांकन के लिए पात्र व्यक्तियों/संगठनों से आवेदन आमंत्रित करती है।

आवेदन निर्धारित प्रारूप में चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की वेबसाइट (<https://health.uk.gov.in>) पर उपलब्ध हैं। अधिनियम की धारा-46 की उप धारा(1) के अन्तर्गत निम्नलिखित श्रेणियों के लिए आवेदन प्रस्तुत किये जायेंगे।

क्र0सं0	श्रेणी	आवश्यक योग्यता/पात्रता	आवश्यक समर्थन दस्तावेज
1	मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख अधिनियम-2017 की धारा 2 की उप-धारा (1) के खंड (r) के मद (iii) में परिभाषित एक मानसिक स्वास्थ्य व्यावसायिक जिसके पास उक्त क्षेत्र में कम से कम पन्द्रह वर्ष का अनुभव हो।	मनोविज्ञान एवं मानस रोग (आयुर्वेद) में स्नातकोत्तर डिग्री या मनोचिकित्सा (होम्योपैथी) में स्नातकोत्तर डिग्री या मोआलीजत (नफसियात) यूनानी में स्नातकोत्तर डिग्री या सिरापू मारुथुवम (सिद्धा) में स्नातकोत्तर डिग्री	पोस्ट ग्रेजुएट डिग्री और पंजीकरण प्रमाण पत्र, प्रमाणिक अनुभव प्रमाण-पत्र
2	एक मनोरोग समाजिक कार्यकर्ता जिसके पास उक्त क्षेत्र में कम से कम पन्द्रह वर्ष का अनुभव हो।	सोशल वर्क में पोस्ट ग्रेजुएट डिग्री और साइकियाट्रिक सोशल वर्क में एम0फिल0	स्नातकोत्तर डिग्री, एम0फिल0 डिग्री, पंजीकरण प्रमाण-पत्र प्रमाणिक अनुभव प्रमाण-पत्र।
3	एक मानसिक स्वास्थ्य नर्स जिसके पास उक्त क्षेत्र में कम से कम पन्द्रह वर्ष का अनुभव हो।	सामान्य नर्सिंग में डिप्लोमा या डिग्री या मनोरोग नर्सिंग में डिप्लोमा या डिग्री	डिग्री/डिप्लोमा प्रमाण-पत्र, पंजीकरण प्रमाण पत्र, प्रमाणित अनुभव प्रमाण-पत्र
4	जो व्यक्ति मानसिक रोग से ग्रस्त हैं अथवा थे उनका प्रतिनिधित्व करने वाले दो व्यक्ति	मनसिक रोग जैसा कि डब्लू0एच0ओ0 के रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण के नवीनतम संस्करण में परिभाषित किया गया है	उक्त के समर्थन में उक्त श्रेणी से सम्बन्धित प्रमाण पत्र, प्रमाणित अनुभव प्रमाण पत्र
5	मानसिक रोग से ग्रस्त व्यक्तियों को परिचर्या प्रदाता का प्रतिनिधित्व करने वाले व्यक्ति या परिचर्या का प्रतिनिधित्व संगठन-दो व्यक्ति	एक व्यक्ति जो मानसिक बीमारी के प्रमाण वाले व्यक्ति या कोई भी के साथ रहता है और उस व्यक्ति की देखभाल प्रदान करने वाले के लिए जिम्मेदार है और इसमें एक उसका रिश्तेदार या कोई अन्य व्यक्ति शामिल है जो मुफ्त या पारिश्रमिक पर इस	उक्त के समर्थन में उक्त श्रेणी से सम्बन्धित प्रमाण पत्र, प्रमाणित अनुभव प्रमाण पत्र

		कार्य को करता है,	
6	मानसिक रोगी व्यक्तियों को सेवा प्रदान करने वाले गैर-सरकारी संगठनों का प्रतिनिधित्व करने वाले दो व्यक्ति		प्रमाण के तौर पर एन0जी0ओ0 का संविधान कि वह मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्य करता है। एन0जी0ओ0 के लेटर हेड पर आवेदक का एन0जी0ओ0 में मानसिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में कार्य करने का प्रमाण-पत्र, एन0जी0ओ0 का प्रमाण-पत्र

पात्रता शर्तें:-

1. आवेदक एक भारतीय नागरिक होना चाहिए।
2. आवेदक की आयु 67 वर्ष से अधिक नहीं होनी चाहिए।
3. मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख अधिनियम-2017 की धारा 46 की उप-धारा (1) के खंड (h), (i), (j), और (k) के अन्तर्गत श्रेणियों के लिए आवेदन करने वाले व्यक्ति का सम्बन्धित राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के साथ पंजीकरण कराना अनिवार्य है। यदि मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण का गठन उस राज्य में नहीं किया गया है जहाँ ऐसा व्यक्ति कार्यरत है तो उसे इस आशय का शपथ-पत्र देना होगा कि राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के गठन के उपरान्त उनके द्वारा अपना पंजीकरण अनिवार्य रूप से कराया जायेगा।

राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के गैर-सरकारी सदस्यों के पद की शर्तें, भत्तें इत्यादि :-

राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के गैर-सरकारी सदस्यों के पद की शर्तें, भत्ते इत्यादि मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख (राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण) नियम 2018 अथवा मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख नियम उत्तराखण्ड की अधिसूचना में वर्णित प्रावधानों के नियमों के अनुसार होंगे।

आवेदन कैसे करें:-

आवेदन स्वप्रमाणित आवश्यक प्रमाण-पत्रों/दस्तावेजों की छायाप्रतियों के साथ निर्धारित प्रारूप में सामान्य डाक/स्पीड पोस्ट/स्वयं के माध्यम से मुख्य कार्यकारी अधिकारी कार्यालय-कक्ष संख्या 36, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण महानिदेशालय, डांडा लखौण्ड, पोस्ट ऑफिस गुजराडा, सहस्त्रधारा रोड, देहरादून, उत्तराखण्ड -248001 में उपलब्ध करायें।

आवेदन प्राप्त करने की अंतिम तिथि 11 जून, 2022 सायं 05 बजे तक।

:- शपथ-पत्र:-

मैं श्री/श्रीमती..... निवासी.....

..... पदनाम.....

वचन देता हूँ/देती हूँ कि राज्य सरकार द्वारा राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण का गठन हो जाने पर मैं स्वयं को के रूप में उत्तराखण्ड राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के साथ पंजीकृत करूँगा/करूँगी।

दिनांक-

हस्ताक्षर.....

पूरा नाम.....

अभिभावक का नाम.....

पत्राचार का पता.....

मो०नं०:-.....

ई-मेल आई०डी०.....

कार्यालय महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड

डाण्डा लखौण्ड, पो0ओ0 गुजराड़ा, सहस्त्रधारा रोड़, देहरादून।

ई-मेल:—smhauthority007@gmail.com, दूरभाष:—0135—2608763, फ़ैक्स:—0135—2608746

The Department of Health and Family Welfare, Government of Uttarakhand invites applications from eligible Individuals/Organisations for nomination as non-official Members of vacant posts of The State Mental Health Authority to be constituted under the Section- 46 of the Mental Health Care Act-2017 and Mental Health Care (State Mental Health Authority) Rules 2018.

The applications in the prescribed format are available on the website of Health and Family welfare Department (<https://health.uk.gov.in>). Application shall be submitted for the following categories under Sub-section(1) of section 46 of the Mental Health Care Act-2017

S.NO.	Category	Required Qualification/eligibility	Essential supporting documents
1	One Mental Health Professional as defined in item (iii) of clause (r) of Sub-Section (1) of section 2 of Mental Health Care Act-2017 having at least fifteen Years experience in the field.	Post- Graduate Degree (Ayurveda) in Manovigyan avum ManasRog or a Post- Graduate Degree (Homoeopathy) in Psychiatry or a Post-Graduate Degree (Unani) in Moalijat (Nafasiyatt) or a Post- Graduate Degree (Siddha) in SirappuMaruthuvam.	Post – Graduate degree and registration certificate, authentic experience certificate
2	One Psychiatric Social Worker having at least fifteen years experience in the field.	Post-Graduate Degree in Social Work & a Master of Philosophy in Psychiatric Social work.	P.G. Degree in Social Work, Master of Philosophy in Psychiatric Social work , registration certificate, authentic experience certificate
3	One Mental Health Nurse having at least fifteen years experience in the field of Mental Health.	Diploma or Degree in General Nursing or Diploma or Degree in Psychiatric Nursing	Degree/diploma in nursing ,registration certificate, authentic experience certificate
4	Two Persons representing persons who have or have had mental illness.	Mental illness as defined in the latest edition of International classification of Disease of the WHO-as may be notified by the Centre Govt	proof or any certificate /authentic document supporting to same
5	Two Persons representing care givers of persons with mental illness or Organisations representing care givers.	A person who resides with a person with mental illness and is responsible for providing care to that person and includes a relative or any other person who performs this function, either free or with remuneration;	proof or any certificate /authentic document supporting to same

6	Two Persons representing Non-Governmental Organisations which provide services to persons with mental illness.		Constitution of NGO as a proof of working in the field of Mental Health , certificate to applicant as a representative of the NGO as a mental health social worker on letter head of NGO. Registration certificate of NGO

Eligibility Conditions:

1. The applicant shall be an Indian National.
2. The applicant shall not be of the age exceeding 67 years.

3. Persons applying for categories under clauses (h), (i), (j) and (k) of sub-section (1) of section 46 of Mental Health Care Act-2017 shall be registered with their respective State Mental Health Authorities. In case the State Mental Health Authority has not been constituted in the State where such person is working, an undertaking to the effect that registration will be got done with the State Mental Health Authority after its constitution.

Terms of office, allowances, of non- official members of State Mental Health Authority

Terms of office, allowances etc, of non-official members of State Mental Health Authority will be as per the provisions of the Mental Health Care (State Mental Health Authority) Rules 2018 and /or as will be notified in notification of Mental Health Care Rules of Uttarakhand state

How to apply

Applications in the prescribed format along with self attested photocopies of required certificates/ documents shall be submitted through ordinary post/speed post/by hand to office of Chief Executive Officer SMHA Uttarakhand -Room No. 36, Directorate Of Medical Health and Family Welfare, Danda Lakhond, Post Office Gujrara, Sahastradhara Road, Dehradun Uttarakhand-248001.

Last date for receipt of applications is 11 June, 2022 till 05:00 PM .

-: UNDERTAKING:-

I Shri/Smt----- R/o-----

----- Designation -----

undertake that, once the State Mental Health Authority is constituted by State Government, I undertake to register myself as -----
-----with Uttarakhand State Mental Health Authority.

Date:-

Sign.-----

Full Name-----

Guardian's Name-----

Postal address-----

Mo. No.-----

E:mail ID-----

मानसिक स्वास्थ्य देख-रेख अधिनियम-2017 के अन्तर्गत गठित राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के गैर-सरकारी सदस्य के रूप में नामांकन के लिए आवेदन प्रार्थना-पत्र

श्रेणी जिसके लिए आवेदन किया है.....
अधिनियम की धारा:.....

1.	बड़े अक्षरों में नाम व पता	
2.	जन्मतिथि	
3.	संगठन	
4.	रोजगार का विवरण (यदि कोई हो) कालानुक्रमिक क्रम में। यदि नीचे दिया गया स्थान अपर्याप्त है, तो अपने हस्ताक्षर से विधिवत प्रमाणित एक पृथक पृष्ठ संलग्न करें।	
	कार्यालय / संस्थान, / संगठन	पद धारित
		कब से
		कब तक
		वेतनमान
		कर्तव्यों की प्रकृति

5.	आवेदित श्रेणी के अन्तर्गत अनुभव का विवरण (सम्बन्धित दस्तावेज द्वारा समर्थित हो)	
6.	यदि आवेदन अधिनियम की धारा-46 की उप-धारा (1) के खंड (h), (i), (j) एवं (k) के अन्तर्गत है, तो क्या राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के साथ पंजीकरण किया गया है।	
7.	यदि (6) का उत्तर नहीं है, तो क्या शपथ-पत्र संलग्न है ?	
8.	अतिरिक्त जानकारी, यदि कोई हो, जिसका उल्लेख आप राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण (SMHA) के सदस्य के रूप में नामित होने की अपनी उपयुक्तता के समर्थन में करना चाहेंगे। (यदि स्थान अपर्याप्त हो तो एक पृथक पृष्ठ संलग्न करें)	
9.	टिप्पणियां	

दिनांक:-

आवेदक के हस्ताक्षर
पता

Application form for nomination as non-official member of the State Mental Health Authority Uttarakhand to be constituted under Mental Health Care Act-2017

Category for which applied-----

Section of the Act:-----

1.	Name and address in Block Letter					
2.	Date of Birth					
3.	Organization					
4.	Details of employment (if any) in chronological order. Enclose a separate sheet, duly authenticated by your signature, if the space below is insufficient.					
	Office/Inst,/Org.	Post Held	From	To	Scale of pay	Nature of duties.

5.	Details of experience under the category applied for (to be supported by relevant documents)				
6.	In case application is under clauses (h), (i), (j) and (k) of sub-section (1) of section 46 of the Act, whether registration done with the State Mental Health Authority.				
7.	If answer to (6) is no, whether undertaking enclosed				
8.	Additional information, if any, which you would like to mention in support of your suitability of being nominated as a member of the SMHA. (Enclose a separate sheet, if the space is insufficient).				
9.	Remarks				

Date.....

Signature of the candidate
Address