

शपथ-पत्र

समक्ष: मुख्य चिकित्सा अधिकारी, आगरा।

प्रमाणित किया जाता है कि(शपथी का नाम)..... आयुवर्ष पुत्र श्री
.....निवासी ।

शपथपूर्वक निम्न बयान करता हूँ—

1. मेरे द्वारा जो(चिकित्सालय का नाम एवं पूर्ण पता).....की फाइल का आवेदन ऑनलाइन किया गया है आवेदन नं०—..... है।
2. उक्त परिसर वर्ग गज में है जिस पर किया गया निर्माण नियमानुसार स्वीकृत है। भविष्य में किसी प्रकार की शिकायत होने पर माप में कोई अन्तर आता तो उसकी सम्पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी।
3. चिकित्सालय में बेसमेन्ट नहीं है / है परन्तु इसमें कोई भी चिकित्सीय कार्य नहीं होता है।
4. चिकित्सालय के स्वामित्व/किरायेदारी से सम्बन्धित विवाद न्यायालय में लम्बित नहीं है। तथा कोई भी अल्प एवं पूर्णकालिक चिकित्सक अथवा पैरामेडिकल कर्मी राजकीय सेवा में कार्यरत नहीं है।
5. अग्निशमन एवं विद्युत सुरक्षा हेतु लगाये गये उपकरण उपयुक्त एवं क्रियाशील है। जिनका आडिट करा लिया गया है।
6. आवेदन में लगाये गये समस्त अनापत्ति प्रमाण-पत्र आवेदित पंजीकरण अवधि के लिये वैध है।

सत्यापन —

मैं शपथी उपरोक्त शपथ-पत्र की धारा-1 से 6 तक एवं संलग्न प्रपत्र संख्या 1 से 5 में दी गयी सूचना को सत्यापित करता हूँ जो कि मेरे निजी ज्ञान में सत्य है। पंजीकरण आवेदन पत्र में किसी भी तथ्य को न भ्रामक ढंग से लिया गया है और न ही इसमें कुछ छिपाया गया है, अगर कोई असत्य तथ्य संज्ञान में आता है तो कानूनी के लिए शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा।

आज दिनांक को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

शपथी

(.....)

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी आगरा

प्रपत्र-2

संलग्न प्रपत्रों को निर्धारित प्रारूप में भरकर शपथपत्र के साथ प्रस्तुत करें

Name of Clinical establishment-			
Complete Address-			Type of facility - Indoor / Clinic / Radiology / Pathology
Name of ward/block			
E-Mail ID -			Mobile no-

DECLARATION

PLEASE PROVIDE NAME ADDRESS OF OTHER CLINICS/HOSPITAL IN WHICH PERSON IN CHARGE ALREADY WORKING

AS FULL TIME DOCTORS

S NO	DISTRICT	NAME OF CLINICAL ESTABLISH MENT	Address	Contact no	Time of availability
1					
2					
3					
4					
5					

AS PART TIME DOCTORS

S NO	DISTRICT	NAME OF CLINICAL ESTABLISH MENT	Address	Contact no	Time of availability
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

1. चिकित्सालय का पंजीकरण (Health facility registration) तथा IHIP पोर्टल पर करा दिया गया है।
2. प्रसव, टीकाकरण एवं गर्भपात की मासिक रिपोर्ट प्रत्येक माह की 25 तारीख को कार्यालय में उपलब्ध करा दी जायेगी।

Signature of person in-charge

BUILDING LAYOUT STANDARD CHECKLIST

प्रपत्र-3

Name of Clinical establishment-				
Complete Address-		Type of facility - Indoor		
Name of ward/block		/ Clinic /Radiology / Pathology		
E-Mail ID -		Mobile no-		
TOTAL BEDS -		ICU Beds-	HDU beds-	Gen Beds-
S No.	Building standard	Measurement	Eligibility (Y/N)	REMARK
1	Land is commercial or residencial or Mixed			
2	Approoved map available or not			
3	Land agreement with ADA/ AWAS VIKAS/ Society/Agricuture			
4	Ownership status Owner/Rented			
5	Total plot area (In SqMtrs)			
6	No of floors constructed			
7	covered area (In SqMtrs) on each floor			
8	OT Area (In SqMtrs)			
9	ICU Area (In SqMtrs)			
10	Frontage of hospital (In ft)			
11	Front road (in ft)			
12	Basement Area (In sqft)			
13	Acquired area (भू.आच्छादन)			
14	Floor area ratio (FAR) is the measurement of a building's floor area in relation to the size of the lot/parcel that the building is located on.			

Bio Medical Waste Management Checklist

प्रपत्र-4

Name of Clinical establishment-				
Complete Address-		Type of facility - Indoor / Clinic / Radiology / Pathology		
Name of ward/block		Availability of BARCODE system		<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
E-Mail ID -		Mobile no-		
Nodal person/Mob-		Validity date-		
S N	Basic Requirement for Biomedical waste	Available	Not available	REMARK
1	Adequate no. of BMW Bins & Bags as per BMW Rule (Red, Yellow, Blue).			
2	Puncture proof Containers for Sharps / Blue Bags			
3	Status of infected liquid waste PTP installed or not			
4	Status of liquid discharge STP/ETP or Public Sewer installed or not			
5	Mutilators (Needle / syringe cutters)			
6	Calibrated Weighing machine for BMW			
7	Personal protected equipments like Gloves, Caps, Masks, Aprons & Gum boots etc. used adequately As per BMW Rule			
8	1% fresh Sodium hypochlorite or Bleaching Powder Solution As per BMW Rules.			
9	BMW Record Register			
10	Mercury Spill Management, kit			
11	Blood spill Management kit			
12	BMW Storage Rooms With Lock & Key, Banner			
13	BMW Licenses under UPPCB			
14	Status of Annual Report			
15	Availability of a trained dedicated persons for BMW Management.			
16	Status of Nodal/BMW Manager			
17	Training for BMW Handlers			
18	Waste segregated at the source of generation as per BMW Rule – Schedule-I			
19	Is the waste covered in covered bins			

DATE

FIRE NORMS FOR HOSPITAL & NURSING HOME

प्रपत्र-5

Name of Clinical establishment-

Complete Address-

Name of ward/block

E-Mail ID -

Type of facility -

Indoor / Clinic /Radiology / Pathology

Mobile no-

Status of Electrical safety certificate

☐ Available

☐ Not available

	PROPOSED BUILDING DETAIL	PROPOSED NORMS	Availability (In nos)	Validity
(A1)	Floor area not exceeding 300 sqm of any floor upto two floors	1. Extinguishers		
		2. Hose reel Sprinkler (if basement more than 200 SqM)		
		3. Manual call point		
		4. Terrace tank -5000L (add : 5000 if basement more than 200SqM)		
		5. Pump-450 LPM		
(A2)	Floor area not exceeding 300 sqm of any floor & more than two floor less than 15 Mtrs	1. Extinguishers		
		2. Hose reel		
		3. Down comer		
		4. Automatic detection system		
		5. Automatic Sprinkler system		
		6. Manual call point		
		7. Terrace tank -20000L		
		8. Pump-900 LPM		
(B1)	Floor area exceeding 300 sqm but not more than 1000SqM of any floor upto two floors	1. Extinguishers		
		2. Hose reel		
		3. Down comer		
		4. Automatic Sprinkler system (with 900 LPM separate pump)		
		5. Manual call point		
		6. Automatic detection system		

		7. Terrace tank -25000L		
		8. Pump-900 LPM		
(B2)	Floor area exceeding 300 sqm but not more than 1000SqM of any floor & more than two floor less than 15 Mtrs	1. Extinguishers		
		2. Hose reel		
		3. Wet riser		
		4. Automatic Sprinkler system		
		5. Manual call point		
		6. Automatic detection system		
		7. Underground tank 50000 Ltr		
		8. Terrace tank -10000L with 450 LPM pump		
		9. Two pump of 900 LPM capacity & one jockey 180 LPM		
(C1)	Floor area exceeding 1000 SqM on any floor upto two floors	1. Extinguishers		
		2. Hose reel		
		3. Down comer		
		4. Automatic Sprinkler system (with 900 LPM separate pump)		
		5. Manual call point		
		6. Automatic detection system		
		7. Terrace tank -25000L		
		8. Pump-900 LPM		
(C2)	Floor area exceeding 1000 SqM on any of the floor for more than two floor and less than 15 Mtrs	1. Extinguishers		
		2. Hose reel		
		3. Wet riser		
		4. Automatic Sprinkler system		
		5. Manual call point		
		6. Automatic detection system		
		7. Underground tank 75000 Ltr		
		8. Terrace tank -10000L		
		9. Two pump of 1620 LPM capacity & one jockey 180 LPM		