उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा हेल्थ वर्कर (महिला)/ए0एन0एम0 प्रशिक्षण केन्द्र के लम्बित आवेदन हेतु सामान्य दिशा–निर्देश

- उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा सत्र् हेतु हेल्थ वर्कर (महिला)/ए0एन0एम0 प्रशिक्षण केन्द्र के लम्बित आवेदनों के अग्रेतर कार्यवाही किये जाने हेतु सामान्य दिशा–निर्देश जारी किये जा रहे है।
- 03.08.2026 से 23.08.2026 तक समस्त प्रपत्रों एवं यथा आवश्यक प्रमाण–पत्र आदि के साथ वे संस्थान जिनके पूर्व से किये गये आवेदन लम्बित हैं, कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक ''हेल्थ वर्कर (महिला)/ए0एन0एम0 प्रशिक्षण केन्द्र के लम्बित प्रस्तावों के आवेदन हेतु'' के माध्यम से ऑनलाईन पोर्टल पर आवेदन कर सकती है।
- संस्था द्वारा पोर्टल पर ऑनलाईन भरे गये आवेदन–पत्र की स्पाइरल बाईडिंग में स्व–प्रमाणित कर एक प्रति (ऑनलाईन माध्यम से अपलोड किये गये प्रपत्रों सहित) दिनांक 29.08.2026 तक कार्यालय में अवश्य जमा कर दें। (कार्यालय द्वारा जारी दिशा–निर्देशों के अनुसार आवेदन–पत्र पूर्ण होना आवश्यक है)
- संस्था द्वारा ऑनलाईन आवेदन किये गये आवेदन–पत्र की जांच कार्यालय स्तर पर की जायेगी।
- समस्त औपचारिकताओं/वांछित वैध प्रपत्रों के साथ आवेदन करने वाली संस्थाओं का निरीक्षण संबंधी सूचना संस्था को ऑनलाईन पोर्टल/ई–मेल के माध्यम से दी जायेगी। निरीक्षण हेतु निर्धारित समयावधि में निरीक्षण टीम द्वारा किसी भी कार्यदिवस (राजपत्रित अवकाश एवं रविवार को छोड़कर) में किसी भी आवेदित संस्था का औचक निरीक्षण किया जायेगा।
- शासन से अनिवार्यता प्रमाण–पत्र/अनुमति प्रदान होने के पश्चात् सम्बद्धता/मान्यता प्रदान करने हेतु संस्था का प्रश्नगत पाठ्यक्रम हेतु उ0प्र0 नर्सेज एवं मिडवाईब्ज कौंसिल द्वारा द्वितीय निरीक्षण कराया जायेगा, जिसमें संबंधित पाठ्यक्रम हेतु निर्धारित मानक के अनुसार टीचिंग फैकल्टी, उपकरण/उपस्कर की उपलब्धता इत्यादि का सत्यापन किया जायेगा। सत्यापन के पश्चात् ही उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी/उ0प्र0 नर्सेज एवं मिडवाइब्ज कौंसिल द्वारा सम्बद्वता/मान्यता प्रदान की जायेगी।
- हेल्थ वर्कर (महिला)/ए0एन0एम0 प्रशिक्षण हेतु 150 बेड के स्वयं अथवा सम्बद्धता के चिकित्सालय के साथ पी0एच0सी0/सी0एच0सी0 की सम्बद्धता अनिवार्य है। आवेदन–पत्र के साथ सम्बद्धता प्रमाण–पत्र संलग्न करना अनिवार्य है।
- इण्डियन नर्सिंग कौंसिल, नई दिल्ली द्वारा निर्धारित मानक ही हेल्थ वर्कर (महिला)/ए0एन0एम0 प्रशिक्षण पर लागू होंगे।

आवेदन के समय ऑनलाईन अपलोड किये जाने एवं आवेदन–पत्र के साथ लगाये जाने वाले प्रपत्र/अभिलेख।

फोटोग्राफ :

टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक, चिकित्सालय एवं सी0एच0सी0/पी0एच0सी0 के अद्यतन फोटोग्राफ।

प्रपत्र/अभिलेख :

1. संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी) का अद्यतन रजिस्ट्रेशन प्रमाण–पत्र।
2. संस्था के बाइलाज/मेमोरेण्डम ऑफ एसोशिएसन।
3. प्रश्नगत पाठ्यक्रम हेतु सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी द्वारा पारित रिजोल्यूशन/प्रस्ताव।
4. संस्था की बैलेन्सशीट (विगत 2 वर्षो की)।
5. प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि (टीचिंग ब्लाक व हास्टल ब्लाक) की भूमि के मालिकाना हक का प्रमाण–पत्र/प्रपत्र (संस्था का ही हो) जो राजस्व विभाग के सक्षम प्राधिकारी प्राधिकरण (तहसीलदार) से कम न हो से प्रमाणित प्रति/खतौनी की मूल प्रति अथवा उपनिबन्धक द्वारा सत्यापित विलेख की प्रति, यदि संस्था ग्रामीण क्षेत्र से संबंधित हो और भूमि कृषि योग्य हो तो निबन्धन धारा 143 के अर्न्तगत भू–उपयोग परिवर्तन के आदेश की प्रमाणित प्रति।
6. टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय (यदि स्वयं का है तो) का प्रमाणित मानचित्र (ब्लू प्रिन्ट)।
7. अग्नि शमन प्रमाण–पत्र (टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय) तीनों का ऑनलाईन पद्धति वाला स्थायी (पूर्णता कम्पलीशन) जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
8. चिकित्सालय की प्रारम्भ तिथि।
9. चिकित्सालय का सी0एम0ओ0 रजिस्ट्रेशन प्रमाण–पत्र।
10. चिकित्सालय का प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड का प्रमाण–पत्र।
11. सी0एच0सी0/पी0एच0सी0 का अद्यतन सम्बद्धता–पत्र।
11. चिकित्सालय में कार्यरत चिकित्सकों का विवरण निम्न प्रारूप पर –

क्र. सं.	चिकित्सक का नाम	पद नाम	विभाग का नाम	उ0प्र0 मेडिकल कौंसिल में पंजीकरण एवं दिनांक
1				

12. चिकित्सालय में कार्यरत नर्सिंग कार्मिकों का विवरण निम्न प्रारूप पर –

क्र. सं.	नर्सिंग कार्मिक का नाम	पद नाम	विभाग का नाम	उ0प्र0 नर्सेज एवं मिडवाईब्ज कौंसिल में पंजीकरण एवं दिनांक
1				

13. चिकित्सालय में कार्यरत पैरामेडिकल कार्मिकों का विवरण निम्न प्रारूप पर –

क्र. सं.	पैरामेडिकल कार्मिक का नाम	पद नाम	विभाग का नाम	उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी में पंजीकरण एवं दिनांक
1				

14. यदि स्वयं का चिकित्सालय है तो कर्मचारियों की सैलरी संबंधित विगत तीन माह के लेज़र।
15. यदि स्वयं का चिकित्सालय है तो विगत दो वर्ष की आडिटेड बैलेन्सशीट।
16. यदि स्वयं का चिकित्सालय है तो पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत होने की सूचना। यदि चिकित्सालय पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत है तो विगत एक वर्ष की प्रीऑथ के संबंध में अभिलेख सहित विवरण।
17. चिकित्सालय का विगत तीन माह के ओ0पी0डी0/आई0पी0डी0 का रिकार्ड।
18. शपथ–पत्र स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा प्रमाणित।

शपथ–पत्र का प्रारूप

शपथ पत्र

(आवेदन पत्र के साथ स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ–पत्र संलग्न करें)

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी,

लखनऊ।

1. मैं (संस्था के मुखिया का नाम)..................................शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम) ....के द्वारा प्रस्तावित प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पता.. में लम्बित हेल्थ वर्कर (महिला)/ए0एन0एम0 प्रशिक्षण केन्द्र हेतु आवेदन किया गया है।
2. मै बचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं अपने प्रशिक्षण केन्द्र में उ0प्र0 सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त नर्सिंग डिप्लोमा/डिग्री के प्रशिक्षणों के अलावा अन्य कोई प्रशिक्षण नहीं चलाऊँगा/चलाऊँगी।
3. यह कि प्रशिक्षण केन्द्र व उससे संबंधित भूमि का मालिकाना हक मेरी संस्था का ही है। उक्त भूमि केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/प्राधिकरण की किसी भी योजना में अधिग्रहीत नहीं है और न ही अधिग्रहण हेतु प्रस्तावित है।
4. यह कि उक्त प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि से संबंधित मा0 उच्चतम न्यायालय/मा0 उच्च न्यायालय/सक्षम न्यायालय अथवा न्यायिक अभिकरण में किसी भी प्रकार का दीवानी/फौजदारी वाद विचाराधीन/लम्बित नहीं है और न ही किसी प्रकार का स्थगन आदेश ही प्राप्त हुआ है।
5. संस्था के पास सम्पूर्ण उत्तर प्रदेश में .... हे0 भूमि है, जो उत्तर प्रदेश राजस्व संहिता 2006 की धारा 89 में उल्लिखित सीमा 5.0586 हेक्टेयर से अधिक भूमि नहीं है। (और यदि अधिक है तो धारा 89 (3) के अर्न्तगत राजस्व विभाग, उत्तर प्रदेश शासन से प्राप्त अनुमति प्रमाण–पत्र की छायाप्रति संलग्न करें)।
6. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे द्वारा आवेदन–पत्र में दी गयी समस्त जानकारी एवं संलग्न किये गये प्रपत्र पूर्ण एवं सत्य है और इसमें कुछ भी भेद छिपाया नहीं गया है। यदि किसी भी समय, मुझे कोई जानकारी छिपाने या कोई गलत जानकारी देते हुए पाया जाता है, तो मेरे विरूद्व नियमानुसार विधिक कार्यवाही की जा सकती है तथा मेरे आवेदन–पत्र को निरस्त किया जा सकता है।
7. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि आवेदन–पत्र में मेरे द्वारा दी गयी जानकारी निरीक्षण के समय बदली नहीं जायेगी।
8. मैं वचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं राज्य सरकार व उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी के द्वारा दिये गये दिशा–निर्देशों व निर्णयों का पालन करूँगा/करूँगी और यदि संस्था द्वारा किसी भी दिशा–निर्देशों/मानकों का उल्लंघन किया जाता तो संस्था की मान्यता/सम्बद्धता समाप्त कर दी जाय।

स्थान :–

दिनाँक :–

संस्था के मुखिया के हस्ताक्षर

संस्था के मुखिया का नाम

संस्था का नाम