रजिस्ट्री सं. डी.एल.- 33004/99 REGD. No. D. L.-33004/99

भारत का राजपत्र
The Gazette of India

सी.जी.-डी.एल.-अ.-21062022-236719
CG-DL-E-21062022-236719

असाधारण
EXTRAORDINARY

भाग II—खण्ड 3—उप-खण्ड (i)
PART II—Section 3—Sub-section (i)

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 439]	**नई दिल्ली, मंगलवार, जून 21, 2022/ज्येष्ठ 31, 1944**
No. 439]	**NEW DELHI, TUESDAY, JUNE 21, 2022/JYAISHTHA 31, 1944**

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय

(स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग)

अधिसूचना

नई दिल्ली, 21 जून 2022

सा.का.नि. 460(अ).—केंद्रीय सरकार सरोगेसी (विनियमन) अधिनियम 2021 (2021 का 47) की धारा 50 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, निम्नलिखित नियम बनाती है, अर्थात्:-

1. संक्षिप्त नाम और प्रारंभ- (1) इन नियमों का संक्षिप्त नाम सरोगेसी (विनियमन) नियम, 2022 है। (2) ये राजपत्र में अपने प्रकाशन की तारीख से लागू होंगे।

(2) परिभाषाएं -इन नियमों में, जब तक कि संदर्भ से अन्यथा अपेक्षित न हो-

(क) 'अधिनियम' से सरोगेसी (विनियमन) अधिनियम, 2021 (2021 का 47) अभिप्रेत है;

(ख) "प्ररूप" से इन नियमों के साथ संलग्न प्ररूप अभिप्रेत है;

(ग) 'धारा' से अधिनियम की धारा अभिप्रेत है;

(घ) उन शब्दों और पदों के, जो इसमे प्रयुक्त हैं और परिभाषित नहीं हैं किन्तु अधिनियम में परिभाषित हैं, वही अर्थ होंगे जो उस अधिनियम में हैं।

(3) रजिस्ट्री सरोगेसी क्लिनिक में नियोजित व्यक्तियों के लिए आवश्यकताएं और अर्हताएं - सरोगेसी क्लिनिक के लिए कर्मचारियों की न्यूनतम अपेक्षा और उनकी अर्हता अनुसूची I, भाग-1 में यथा निर्दिष्ट होगी।

(2) सरोगेसी क्लिनिक के लिए उपकरणों की न्यूनतम अपेक्षा अनुसूची I, भाग 2 में यथा निर्दिष्ट होगी।

(4) बोर्ड के सिफ़ारिश के प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन की रीति प्ररूप 1 में यथा विनिर्दिष्ट होगा।

(5) बीमा कवरेज.- (1) आशयित महिला या दंपति एक बीमा कंपनी से या बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, (1999 का 41) के उपबंधों के अधीन स्थापित बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा मान्यता प्राप्त किसी अभिकर्ता से छत्तीस महीने की अवधि के लिए सरोगेट माता के पक्ष में, उतनी राशि जो गर्भावस्था से उत्पन्न होने वाली सभी जटिलताओं के लिए सभी खर्चों को कवर करने के लिए पर्याप्त है और प्रसवोत्तर जटिलताओं को भी कवर करती है, का एक सामान्य स्वास्थ्य बीमा कवरेज खरीदेंगे।

(2) आशयित दंपत्ति/महिला सरोगेसी (विनियमन) अधिनियम, (2021 का 47) की धारा 2 की उप धारा (1) के खंड (थ) के अनुसार गारंटी देते हुए मेट्रोपॉलिटन मजिस्ट्रेट या प्रथम श्रेणी के न्यायिक मजिस्ट्रेट के समक्ष शपथ पत्र पर हस्ताक्षर करेंगे।

(6) सरोगेसी प्रक्रियाओं के प्रयासों की संख्या- सरोगेट माता पर किसी भी सरोगेसी प्रक्रिया के प्रयासों की संख्या तीन बार से अधिक नहीं होगी।

(7) सरोगेट माता की सहमति- सरोगेट माता के सहमति प्ररूप 2 में यथा निर्दिष्ट होगी।

(8) सरोगेट माता के गर्भाशय में आरोपित किए जाने वाले भ्रूणों की संख्या -स्त्री रोग विशेषज्ञ उपचार चक्र के दौरान एक सरोगेट माता के गर्भाशय में एक भ्रूण को स्थानांतरित करेंगी।

परंतु केवल विशेष परिस्थितियों में ही तीन भ्रूणों को स्थानांतरित किया जा सकता है

(9) वे शर्तें जिनके अधीन सरोगेसी की प्रक्रिया के दौरान सरोगेट माता को गर्भपात की अनुमति दी जा सकती हैं - सरोगेट माता को गर्भ का चिकित्सकीय समापन अधिनियम, 1971 (1971 का 34) के अनुसार सरोगेसी की प्रक्रिया के दौरान गर्भपात की अनुमति दी जा सकती है।

(10) सरोगेसी क्लिनिक के लिए रजिस्ट्री और शुल्क के लिए प्ररूप और रीति –(1) रजिस्ट्री के लिए एक आवेदन उन सरोगेसी क्लीनिक द्वारा प्ररूप 3 में उपयुक्त प्राधिकारी को किया जाएगा जो अधिनियम में परिभाषित सरोगेसी से संबंधित प्रक्रियाओं को कर रहे हैं।

(2) रजिस्ट्री के लिए प्रत्येक आवेदन के साथ सरोगेसी क्लिनिक के लिए दो लाख रुपये का आवेदन शुल्क देना होगा।एक बार भुगतान किया गया आवेदन शुल्क वापस नहीं किया जाएगा।

परंतु यदि किसी सरोगेसी क्लिनिक आदि के रजिस्ट्री के लिए आवेदन उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा अस्वीकार कर दिया गया है,तो आवेदक द्वारा उसी क्लिनिक के लिए आवेदन पुनः प्रस्तुत करने पर किसी शुल्क का भुगतान करने की आवश्यकता नहीं होगी।

परंतु कि सरकार द्वारा संचालित संस्थानों में ऐसे प्रतिष्ठान आवेदन के लिए भुगतान नहीं करेंगे।

(11) रजिस्ट्री प्रमाण पत्र की अवधि, रीति और प्ररूप – **(1)** उपयुक्त प्राधिकारी, ऐसी जांच-पड़ताल करने के पश्चात और स्वयं का समाधान होने के पश्चात कि आवेदक ने सभी आवश्यकताओं का अनुपालन किया है, आवेदक को प्ररूप 4 में रजिस्ट्री का प्रमाण पत्र प्रदान करेगा।

(2) रजिस्ट्री प्रमाण पत्र की एक प्रति रजिस्ट्री सरोगेसी क्लिनिक द्वारा अपने व्यवसाय के स्थान पर एक ध्यानाकर्षी स्थान पर प्रदर्शित की जाएगी।

(12) अपील - (1) सरोगेसी क्लिनिक, या आशयित महिला, या दंपत्ति, धारा 13 के अधीन उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा आवेदन को अस्वीकार करने, निलंबन या रजिस्ट्री रद्द करने के आदेश से संबंधित संप्रेषण और धारा 14 के अधीन प्रमाणपत्रों की अस्वीकृति से संबंधित संप्रेषण, प्राप्त होने की तारीख से तीस दिनों की अवधि के भीतरऐसे आदेश के विरुद्ध अपील कर सकते हैं।

(2) अपील का प्ररूप प्ररूप 5 में यथा निर्दिष्ट होगा।

(13) वह रीति जिससे दस्तावेजों, अभिलेखों, वस्तुओं आदि को जब्त किया जाएगा और जब्ती सूची तैयार की जाएगी और दी जाएगी – (1) प्रत्येक सरोगेसी क्लिनिक, राष्ट्रीय बोर्ड या राष्ट्रीय रजिस्ट्री या राज्य बोर्ड या उपयुक्त प्राधिकरण या इस संबंध में अधिकृत किसी अन्य व्यक्ति को स्थान, उपकरण और रिकॉर्ड का निरीक्षण करने की अनुमति देगा।

(2) पहले से रजिस्ट्री क्लिनिक का ऐसा निरीक्षण बिना किसी सूचना के, क्लिनिक के काम के घंटों के दौरान किया जा सकता है।

(3) उपधारा (1) में निर्दिष्ट अधिकारी यह सुनिश्चित करेंगे कि प्रवेश और खोज प्रक्रिया सुविधा में संग्रहीत युग्मकों या भ्रूणों को जोखिम में न डालें।

(14) वे चिकित्सा संकेत जो गर्भकालीन सरोगेसी को आवश्यक बनाते हैं -एक महिला सरोगेसी का विकल्प चुन सकती है यदि; -

(क) यदि उसका गर्भाशयअनुपस्थित या लापता है /या वह असामान्य गर्भाशय वाली महिला है (जैसे हाइपोप्लास्टिक गर्भाशय/अंतर्गर्भाशयी एडहेसन्स/थिन एंडोमेट्रियम/छोटा यूनी-कॉर्नुएट गर्भाशय, टी आकार का गर्भाशय) या यदि स्त्री रोग संबंधी कैंसर जैसी किसी चिकित्सीय स्थिति के कारण गर्भाशय को शल्य चिकित्सा द्वारा हटा दिया जाता है।

(ख) आशयित माता-पिता/महिला जो इन विट्रो फर्टिलाइज़ेशन/इंट्रासाइटोप्लाज्मिक स्पर्म इंजेक्शन के कई प्रयासों के बाद बार-बार गर्भधारण करने में विफल रहे हैं। (आवर्तक आरोपण विफलता)।

(ग) एक अस्पष्ट चिकित्सीय कारण से होने वाली एकाधिक गर्भावस्था हानि। अतिरंजित प्रतिरक्षा प्रतिक्रिया के कारण अनएक्सप्लेन्ड ग्राफ़्ट रिजेक्शन।

(घ) कोई भी बीमारी जो महिला के लिए गर्भावस्था को व्यवहार्यता में लाना असंभव बना देती है या ऐसी गर्भावस्था जो जीवन के लिए खतरा है।

[फा. सं. यू.11019/15/2022-एचआर(पीटी)]

गीता नारायण, संयुक्त सचिव

अनुसूची-1

भाग–1

[नियम 3 (1) देखें]

(1) सरोगेसी क्लीनिक का स्टाफ़ - सरोगेसी क्लीनिक में कम से कम एक स्त्री रोग विशेषज्ञ, एक एनेस्थेटिस्ट, एक भ्रूणविज्ञानी और एक परामर्शदाता होगा। क्लिनिक सहायताप्राप्त जननीय प्रौद्योगिकी स्तर 2 क्लीनिक द्वारा अतिरिक्त कर्मचारियों को नियुक्त कर सकता है; साधारणतया निदेशक, एंड्रोलॉजिस्ट और ऐसे स्टाफ की नियुक्ति करेगा जो क्लिनिक को दिन-प्रतिदिन के काम में सहायता करने के लिए आवश्यक हो।

(2) सरोगेसी क्लीनिक में डॉक्टरों और अन्य कर्मचारियों की अर्हता - सरोगेसी क्लीनिक में स्टाफ की अर्हता निम्नानुसार होगी:

(क) स्त्रीरोग विशेषज्ञ - स्त्री रोग विशेषज्ञ, स्त्री रोग विज्ञान और प्रसूति विज्ञान में चिकित्सा स्नातकोत्तर होंगी और प्रसूति और 50 ओवम पिकअप प्रक्रियाओं को करने का रिकॉर्ड होना चाहिए और एक प्रशिक्षित एआरटी विशेषज्ञ की देखरेख में एआरटी क्लिनिक में कम से कम तीन वर्ष का कार्य अनुभव होना चाहिए(इस अधिनियम के लागू होने से पूर्व एआरटी या आईवीएफ़ में पेशेवर और या एआरटी क्लिनिकों में काम करने वाले स्त्री रोग विशेषज्ञों के मामले में कम से कम तीन वर्ष के अनुभव के साथ स्त्री रोग विज्ञान और प्रसूति विज्ञान में स्नातकोत्तर डिग्री और 50 ओवम पिकअप प्रक्रियाओं का अभिलेख स्वीकार्य होगा); या

किसी सहायताप्राप्त जननीय प्रौद्योगिकी क्लिनिक में काम करने के कम से कम तीन वर्ष के अनुभव के साथ सुपर स्पेशलिस्ट डॉक्टरेट ऑफ़ मेडिसन/प्रजनन चिकित्सा में फैलोशिप के साथ स्त्री रोग विज्ञान और प्रसूति विज्ञान में चिकित्सा स्नातकोत्तर।

(ख) एंड्रोलॉजिस्ट: पुरुष बांझपन के निदान और उपचार में विशेष प्रशिक्षण के साथ यूरोलॉजी में राष्ट्रीय बोर्ड के चिरर्जिकल या डिप्लोमेट का मास्टर होगा।

(ग) भ्रूणविज्ञानी–(i)किसी मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय से क्लिनिकल भ्रूणविज्ञान में स्नातकोत्तर (न्यूनतम चार सेमेस्टर के साथ पूर्णकालिक कार्यक्रम के साथ स्नातक) जिसके साथ मानव युग्मकों और भ्रूणों को संभालने में मानव एआरटी प्रयोगशाला का तीन वर्ष का अनुभव; या

(ii)पीएच.डी. धारक (पूर्णकालिक पीएच.डी. परियोजना किसी मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय से क्लिनिकल भ्रूणविज्ञान/सहायताप्राप्त जननीय प्रोद्योगिकी/फ़र्टिलिटी) से संबंधित होनी चाहिए जिसके साथ मानव युग्मकों और भ्रूणों को संभालने में मानव एआरटी प्रयोगशाला का एक वर्ष का अतिरिक्त अनुभव; या

(iii) किसी मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय या संस्थान से क्लिनिकल भ्रूणविज्ञान (पूर्णकालिक कार्यक्रम) में स्नातकोत्तर डिग्री के साथ मेडिकल स्नातक (एमबीबीएस)या पशु चिकित्सा स्नातक (बीवीएससी) जिसके साथ मानव युग्मकों और भ्रूणों को संभालने में मानव एआरटी प्रयोगशाला का दो वर्ष का अतिरिक्त अनुभव; या

(iv) एक रजिस्ट्री एआरटी स्तर 2 क्लिनिक में मानव युग्मक और भ्रूण को संभालने में चार वर्ष के अनुभव के अतिरिक्त ऑन-साइट, पूर्णकालिक क्लिनिकल भ्रूणविज्ञान प्रमाणित प्रशिक्षण के न्यूनतम एक वर्ष के साथ जीवन विज्ञान/जैव प्रौद्योगिकी में स्नातकोत्तर।

इस अधिनियम के लागू होने से पूर्व सहायताप्राप्त जननीय प्रौद्योगिकी/इन विट्रो निषेचन क्लिनिक में काम करने वाले सभीएम्ब्रायोलॉजिस्टों को, नीचे उल्लिखित अर्हता और अनुभव के साथ, एक बार के उपाय के रूप में एक भ्रूणविज्ञानी के रूप में बने रहने की अनुमति दी जा सकती है।तथापि, इसअधिनियम के लागू होने के पश्चात, सभी क्लिनिक एक मानदंड के रूप में उपरोक्त किसी भी अर्हता और अनुभव वाले भ्रूणविज्ञानी को नियुक्त करेंगे।

एक रजिस्ट्री सहायताप्राप्त जननीय प्रौद्योगिकी/इन विट्रो निषेचन क्लिनिक में काम करने के कम से कम पांच वर्ष के अनुभव के साथ जीवन विज्ञान/जैव प्रौद्योगिकी/प्रजनन जीव विज्ञान/पशु चिकित्सा विज्ञान में स्नातक,जिसने कम से कम 500आईवीएफ़ प्रयोगशाला प्रक्रियाओं (आईसीएसआई सहित और भ्रूणों के क्रायोप्रिज़र्वेशन के कम से कम 100चक्र) को पूरा किया हो।

(घ) परामर्शदाता: एक व्यक्ति जो मनोविज्ञान/नैदानिक मनोविज्ञान/नर्सिंग/जीवन विज्ञान में किसी मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय या संस्थान से स्नातक है।

(ङ) एनेस्थेटिस्ट:एनेस्थेटिस्ट एनेस्थीसिया मेंमें किसी मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय या संस्थान से चिकित्सा स्नातकोत्तर होगा।

(च) निदेशक: निदेशक के पास चिकित्सा/जीवन विज्ञान/प्रबंधन विज्ञान में में किसी मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय या संस्थान से स्नातकोत्तर डिग्री होनी चाहिए।

अनुसूची- 1

भाग–2

[नियम 3 (2) देखें]

1. उपकरण: - माइक्रोस्कोप:

(क) इनक्यूबेटर (संख्या में न्यूनतम 02);

(ख) लैमिनर एयरफ़्लो;

(ग) स्पर्म काउंटिंग़ चैम्बर्स;

(घ) सेंट्रीफ्यूज;

(ङ) रेफ्रिज़रेटर;

(च) क्रायोप्रिज़र्वेशन के लिए उपकरण;

(छ) ओवम एस्पिरेशन पम्प;

(ज) ट्रांसवेजाइनल प्रोब और नीडल गार्ड के साथ यूएसजी मशीन;

(झ) टेस्ट ट्यूब वार्मर;

(ञ) एनेस्थीसिया रिससिटैशन ट्रॉली

प्ररूप 1

[नियम 4 देखें]

सरोगेसी का लाभ उठाने के लिए भारतीय मूल के दंपत्ति/आशयित महिला हेतु

बोर्ड को संबोधित आवेदन पत्र

मैं/हम (नीचे दिए गए विवरण के अनुसार) सरोगेसी सेवाओं का लाभ उठाने के लिए सिफ़ारिश प्रमाण पत्र के लिए अनुरोध करता हूँ/करते हैं

1. मूलभूत जानकारी

1.1 आशयित पिता का विवरण:

1. नाम:
2. उपनाम:
3. जन्म तिथि:
4. रक्त समूह:
5. आयु वर्षों में:
6. लिंग: पुरुष/महिला
7. राष्ट्रीयता:
8. व्यवसाय:
9. वैवाहिक स्थिति: विवाहित/तलाक़शुदा/विधवा।
10. पता: (यदि उपलब्ध हो तो भारत के पते का औरनिवास के वर्तमान विदेश का विवरण दें)
    (i) वर्तमान:
    (ii) स्थायी
11. टेलीफोन/मोबाइल नंबर (भारत और निवास के देश में नंबरों का विवरण)
12. ईमेल:
13. सोशल सिक्योरिटी नंबर या समकक्ष
14. पासपोर्ट नंबर

1.2 आशयित माता का विवरण:

1. नाम:
2. उपनाम:
3. जन्म तिथि:
4. रक्त समूह:
5. आयु वर्षों में:
6. लिंग: पुरुष महिला
7. राष्ट्रीयता:
8. व्यवसाय:
9. वैवाहिक स्थिति: विवाहित/तलाक़शुदा/विधवा।

10. पता: (यदि उपलब्ध हो तो भारत के पते का औरनिवास के वर्तमान विदेश का विवरण दें)
   i) वर्तमान:
   ii) स्थायी
11. टेलीफोन/मोबइल नंबर (भारत और निवास के देश में नंबरों का विवरण)
12. ईमेल:
13. सोशल सिक्योरिटी नंबर या समकक्ष
14. पासपोर्ट नंबर

1.3 सरोगेसी का लाभ उठाने के कारणों का संक्षेप में वर्णन करें

घोषणा

मैं घोषणा करता हूं कि उपरोक्त कथन मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।

तारीख: .... **आशयित पिता के हस्ताक्षर**

स्थान: ....

आशयित माता के हस्ताक्षर

आवेदन करने के लिए स्वप्रमाणित दस्तावेज आवश्यक हैं

1. विवाह का प्रमाण/विवाह का प्रमाण पत्र (यदि लागू हो)

2. आयु का प्रमाण/जन्म प्रमाण पत्र/10वीं कक्षा का प्रमाण पत्र/या कोई समकक्ष।

(टिप्पण: अनिवार्यता का प्रमाण पत्र उपयुक्त प्राधिकारी से प्राप्त किया जाना है और चिकित्सा संकेत प्रमाण पत्र जिला चिकित्सा बोर्ड से प्राप्त किया जाना है)

प्ररूप 2

[नियम 7 देखें]

सरोगेट माता की सहमति और

सरोगेसी के लिए अनुबंध

मैं,____________________________________ (महिला), आयु ________वर्ष (पता) ____ (आधार संख्या), मेरे स्वयं के __________ (बालकों की संख्या) हैं बालक/बालकों की आयु __________ (वर्ष में आयु) है, आशयित दंपत्ति/आशयित महिलाओं, जिनका नाम_________________ पति का नाम पत्नी/ ________________ के लिए एक सरोगेट माता के रूप में कार्य करने के लिए सहमत हुई हूँ। आशयित महिला _______आयु पति की आयु _____ पत्नी/आशयित महिलाओं ने__________________ उपरोक्त दंपत्ति के बालक/बालकों के लिए एक सरोगेट माता के रूप में मेरे कार्य करने के मामले के संबंध में सरोगेसी क्लिनिक के डॉ______________________________ के साथ ________________________को पूरी चर्चा की है।

1. कि मैं समझती हूं कि उपचार के तरीकों में निम्नलिखित सम्मिलित हो सकते हैं:
   (क) फॉलिक्युलर रिक्रूइटमेंट के लिए आनुवंशिक माता की उत्तेजना;
   (ख) अल्ट्रासाउंड-निर्देशित ऊसाइट पुनर्प्राप्तिद्वारा या लैप्रोस्कोपी द्वारा आनुवंशिक माता से एक या एक से अधिक ऊसाइट्स की पुनर्प्राप्ति;
   (ग) अपने पति के शुक्राणु के साथ आनुवंशिक माता से ऊसाइट्स का निषेचन;

(घ) पति के शुक्राणु द्वारा एक दाता ऊसाइट का निषेचन;

(ङ) ऐसे निषेचन के परिणामस्वरूप भ्रूण के क्रायोप्रिज़र्वेशन द्वारा रखरखाव और भंडारण, चिकित्सा और वैज्ञानिक कर्मचारियों की दृष्टि में, जब तक यह स्थानांतरण के लिए तैयार नहीं हो जाता;

(च) उपरोक्त किसी भी संभावना के माध्यम से प्राप्त भ्रूण का, आवश्यक उपचार के बाद यदि कोई हो, मेरे गर्भाशय में आरोपण।

2. कि मुझे आश्वासन दिया गया है कि ऊसाइट की पुनर्प्राप्ति से पहले आनुवंशिक मां और आनुवंशिक पिता की 'एचआईवी' और हेपेटाइटिस 'बी' और 'सी' और अन्य यौन संचारित बीमारियों के लिए जांच की गई है और इन सभी बीमारियों के लिए सेरोनिगेटिव पाया गया है। तथापि, मुझे यह भी सूचित किया गया है कि 'विंडो' अवधि के दौरान एचआईवी के प्रति माता या पिता के सेरोपॉज़िटिव बनने का एक छोटा सा जोखिम है।

3. कि मैं उपरोक्त प्रक्रियाओं और ऐसी दवाओं को दिए जाने के लिए सहमति देती हूं जो भ्रूण स्थानांतरण के लिए मेरे गर्भाशय को तैयार करने और ल्यूटियल चरण में सहारे के लिए आवश्यक हो सकती हैं।

4. कि मैं समझती हूं और स्वीकार करती हूं कि इस बात की कोई निश्चितता नहीं है कि इन प्रक्रियाओं के परिणामस्वरूप गर्भावस्था होगी।

5. कि मैं समझती हूं और स्वीकार करती हूं कि चिकित्सा और वैज्ञानिक कर्मचारी इस बात का कोई आश्वासन नहीं दे सकते कि किसी भी गर्भावस्था के परिणामस्वरूप एक सामान्य और जीवित बच्चे या बच्चों का प्रसव होगा।

6. कि मेरा दंपत्ति (भावी आनुवंशिक माता-पिता) से संबंध नहीं है या संबंध है ____________________ (संबंध)।

7. कि मैंने दंपत्ति के साथ सरोगेसी के चिकित्सा और अन्य खर्चों और शर्तों को लिखित रूप में तैयार किया है और अनुबंध की एक उचित रूप से प्रमाणित प्रति क्लिनिक के पास जमा की गई है, जिसे क्लिनिक गोपनीय रखेगा।आशयित दंपत्ति/महिला सरोगेट माता के पक्ष में एक सामान्य स्वास्थ्य बीमा कवरेज, बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 41) के प्रावधानों के अधीन स्थापित बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा मान्यता प्राप्त एक बीमा कंपनी या अभिकर्ता से खरीदा गया है।

8. कि मैं बालक पर अपने सभी अधिकारों को त्यागने और बालक/बालकों को ____________________ को, या आशयित दंपत्ति के मामले में ______________ और ______________को, या मेरी गर्भावस्था के दौरान उनके पृथक होने की स्थिति में ________________________________ को, गर्भावस्था के दौरान उनमें से किसी एक की मृत्यु के मामले में या उत्तरजीवी को, या दोनों की मृत्यु हो जाने के मामले में -- को या गारंटीकर्ता आशयित दंपत्ति/महिलाओं के मामले में --------------------------------------को, जैसे ही मुझे अस्पताल या क्लिनिक या नर्सिंग होम द्वारा ऐसा करने की अनुमति दी जाती है जहां बालक या बालकों का जन्म होता है, सौंपने के लिए सहमत हूं।

9. कि मुझे उन सभी नाम (नामों) की लिखित सहमति प्रदान की गई है जिनका उल्लेख ऊपर किया गया है।

10. कि मैं गर्भावस्था के परिणाम के बारे में सरोगेसी क्लिनिक, _______________ को सूचित करने का वचन देती हूं।

11. कि इसकी कोई उत्तरदायित्व मेरा नहीं है कि मेरे द्वारा जन्म दिया गया/गए बालक या बालकों हर तरह से सामान्य होंगे। मैं समझती हूँ कि बालक/बालकों के जैविक माता-पिता(ओं) का मेरे द्वारा जन्म दिए गए बालक या बालकों को स्वीकार करने का विधिक दायित्व है और यह कि वर्तमान विधि के अनुसार जैविक माता-पिता के बालक या बालकों के सभी उत्तराधिकार अधिकार बालक या बालकों के पास होंगे।

12. कि मुझे गर्भावस्था के दौरान बालक/बालकों के लिंग निर्धारण परीक्षणों करवाने के लिए नहीं कहा जाएगा और मुझे इस तरह के परीक्षणों को मना करने का पूरा अधिकार है।

13. कि मैं समझती हूँ कि गर्भ का चिकित्सकीय समापन अधिनियम 1971 (1971 का 34) के उपबंधों के अधीन डॉक्टरों द्वारा बतायी गई किसी भी जटिलता के मामले में मुझे गर्भावस्था को समाप्त करने का अधिकार होगा।

14. मैं प्रमाणित करती हूं कि मैंने पहले सरोगेसी के माध्यम से कोई बालक पैदा नहीं किया है।

15. कि मेरा 'एचआईवी', हेपेटाइटिस 'बी' और 'सी' के लिए परीक्षण किया गया है और भ्रूण स्थानांतरण से ठीक पहले इन वायरस के लिए सेरोनिगेटिव दिखाया गया है।

16. कि मैं एक बार चक्र की तैयारी शुरू होने के बाद किसी भी प्रकार का संभोग नहीं करूंगी।

17. कि मैं प्रमाणित करती हूँ कि (क) मुझे किसी साझा सिरिंज द्वारा शिरा के माध्यम से कोई दवा नहीं दी गई है; (ख) मैंने पिछले छह महीनों में रक्त ट्रान्सफ्यूशन नहीं किया है।

18. कि मैं यह भी घोषणा करती हूँ कि मैं शिरा के माध्यम से किसी दवा का उपयोग नहीं करूंगी, या चिकित्सीय सलाह पर प्रमाणित रक्त बैंक के माध्यम से प्राप्त रक्त को छोड़कर रक्त ट्रान्सफ्यूशन नहीं कराऊंगी।

19. कि मैं सरोगेसी चाहने वाले पक्ष की पहचान का खुलासा न करने का वचन देती हूं।

20. कि सरोगेट माता के रूप में मेरी मदद मांगने वाले पक्ष की मृत्यु या अनुपलब्धता के मामले में, मैं इस क्रम में बालक/बालकों को ______________________________ या ____________________________ तक पहुंचाऊंगी; मुझे भ्रूण हस्तांतरण से पहले, उपरोक्त व्यक्तियों का एक लिखित अनुबंध प्रदान किया जाएगा कि वे उपरोक्त संभाव्यता के मामले में बालक या बालकों को स्वीकार करने के लिए विधिक रूप से बाध्य होंगे। (यदि लागू हो)

(यदि लागू न हो तो काट दें)

सरोगेसी क्लिनिक द्वारा पृष्ठांकन

मैंने/हमने व्यक्तिगत रूप से _____________________ और _____________ को इस सहमति/अनुमोदन प्ररूप के विवरण और उस पर उनके हस्ताक्षर करने के निहितार्थ के बारे में बताया है, और मानवीय रूप से यथासंभव सुनिश्चित किया है कि वह/वे इन विवरणों और निहितार्थों को समझ जाएं।

हस्ताक्षर किए:

(सरोगेट माता)

आशयित दंपत्ति/महिला के हस्ताक्षर

सरोगेसी क्लिनिक से साक्षी का

नाम, पता और हस्ताक्षर

डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर

सरोगेसी क्लिनिक का नाम और पता

तारीख:

प्ररूप 3

[नियम 10 देखें]

आवेदन पत्र

सरोगेसी क्लिनिक का रजिस्ट्री

सरोगेसी क्लिनिक का नाम:

सरोगेसी क्लिनिक का पता:

राज्य: ________________ शहर: __________________ पिन कोड: | | | | | | |

टेलीफ़ोन नम्बर (एसटीडी कोड के साथ) (केवल सरोगेसी क्लिनिक):

सरोगेसी क्लिनिक का मोबाइल नंबर

ईमेल (सरोगेसी क्लिनिक):

वेबसाइट यदि कोई हो

1. आपके सरोगेसी क्लिनिक की स्थिति:

1. सरकारी 2. निजी

कोई अन्य, कृपया स्पष्ट करें ....

2. आपके सरोगेसी क्लिनिक की स्थापना की तारीख: | | | | | | |

3. क्या आपका सरोगेसी क्लिनिक निम्नलिखित अधिनियमों/प्राधिकारियों के अधीन रजिस्ट्री है (कृपया विवरण प्रदान करें) हाँ/नहीं

1. गर्भ का चिकित्सकीय समापन अधिनियम 1971 (1971 का 44)

2. गर्भधारण पूर्व और निदान-तकनीक (लिंग चयन प्रतिबंध) अधिनियम, 1994 (1994 का 57)

4. क्या आपके सरोगेसी क्लिनिक में निदेशक हैं

(1. हाँ 2. नहीं)

क) नाम

ख) अर्हता

ग) रजिस्ट्री संख्या यदि लागू हो

5. स्टाफ का विवरण

पद	नाम	अर्हता	रजिस्ट्री संख्या यदि लागू हो
स्त्रीरोग विशेषज्ञ			
एनेस्थेटिस्ट			
क्लिनिकल भ्रूणविज्ञानी			
एंड्रोलॉजिस्ट			
परामर्शदाता			

6. उपकरणों की सूची

7. बताएं कि आपके सरोगेसी क्लिनिक में निम्नलिखित में से कौन सी प्रक्रियाएं नियमित रूप से की जा रही हैं

(1. हाँ 2. नहीं)

(क) पति के वीर्य का उपयोग करके अंतर्गर्भाशयी वीर्यसेचन (आईयूआई-एच)

(ख) दाता के वीर्य का उपयोग करके अंतर्गर्भाशयी वीर्यसेचन (आईयूआई-डी)

(ग) *इन विट्रो* फर्टिलाइज़ेशन-एम्ब्रायो स्थानांतरण (आईवीएफ-ईटी)

(घ) इंट्रा-साइटोप्लाज़्मिक स्पर्म इंजेक्शन (आईसीएसआई)

(ङ) वीर्य का प्रसंस्करण

(च) रोगी के युग्मकों (शुक्राणु और ऊसाइट) और या भ्रूण का भंडारण

(छ) पूर्व आरोपण आनुवंशिक परीक्षण

(ज) कोई अन्य प्रक्रिया, कृपया स्पष्ट करें ....

8. कोई अतिरिक्त जानकारी

घोषणा

मैं घोषणा करता हूं कि इस प्ररूप में दी गई प्रविष्टियां और इसके साथ प्रस्तुत अतिरिक्त विवरण, यदि कोई हैं, मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।

तारीख: _____________

प्ररूप 4

[नियम 11 देखें]

रजिस्ट्री का प्रमाणपत्र

सरोगेसी क्लिनिक

(दो प्रतियों में जारी किया जाए)

प्रमाणपत्र संख्या:

1. सरोगेसी (विनियमन) अधिनियम, 2021 की धारा 12(1) के अधीन प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, उपयुक्त प्राधिकारी………………………… ………………………… पूर्वोक्त अधिनियम के अनुसार सरोगेसी या सरोगेसी प्रक्रियाओं को पूरा करने के प्रयोजन के लिए, निम्नलिखित सरोगेसी क्लिनिक को ……………….. को समाप्त होने वाली ……………… की अवधि के लिए रजिस्ट्री प्रदान करते हैं।

   (क) सरोगेसी क्लिनिक का नाम और पता:

   (ख) संस्थान का प्रकार (सरकारी/निजी)

2. यह रजिस्ट्री उक्त अधिनियम और उसके अधीन नियमों के अधीन प्रदान किया जाता है और इनके किसी भी उल्लंघन का परिणाम, पांच वर्ष की उक्त अवधि की समाप्ति से पहले इस रजिस्ट्री प्रमाणपत्र का निलम्बन या निरस्तीकरण होगा।

3. रजिस्ट्री संख्या आवंटित

4. केवल रजिस्ट्री के नवीकृत प्रमाण पत्र के लिए: रजिस्ट्री के पहले प्रमाण पत्र की वैधता की अवधि ……………. से ………………….तक

उपयुक्त प्राधिकारी के

हस्ताक्षर, नाम और पदनाम

तारीख: ……………..

स्थान: ……………….

सील

इस प्रमाणपत्र की एक प्रति व्यवसाय के स्थान पर ध्यनाकर्षी स्थान पर प्रदर्शित करें।

*जो लागू या आवश्यक न हो उसे काट दें

प्ररूप 5

[नियम 12 देखें]

अपील संख्या/20……… राज्य बोर्ड/राष्ट्रीय बोर्ड को…………..के विरुद्ध की गई

......के मामले में:

अपीलकर्ता का नाम और पता

बनाम

प्राधिकरण का नाम और पता जिसके आदेश को चुनौती दी गई है प्रतिवादी

सबके प्रति सम्मान दर्शाते हुए:

उपर्युक्त अपीलकर्ता.......................संबंधित उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा............................... (स्थान का नाम और पता) पर अपीलकर्ता के विरुद्ध पारित आदेश के विरुद्ध अपील करता है

(मामले का विवरण यदि कोई हो)

तारीख.....................

और अपील किए गए आदेश पर आपत्ति को निम्नलिखित आधार प्रस्तुत करता है: -

1. आदेशों की संख्या सहित आदेश का विवरण, यदि कोई हो, जिसके विरुद्ध अपील की गई है।
2. मामले के तथ्य संक्षेप में।
3. उपयुक्त प्राधिकारी के निष्कर्ष जिन्हें चुनौती दी गई।
4. अपील करने के आधार।
5. उन सभी दस्तावेजों, जिन पर अपीलार्थी निर्भर रहा है, के साथ आदेश की प्रति संलग्न।
6. अपील के समर्थन में कोई अन्य जानकारी/दस्तावेज़

प्रार्थना:

इसलिए अपीलकर्ता, अपील के अधीन आदेश के ऊपर वर्णित कारणों के लिए प्रार्थना करता है कि रद्द किया जाए और अमान्य घोषित किया जाए तथा अपीलार्थी के पक्ष में न्यायोचित एवं उचित समझे जाने वाले आदेश को पारित करने की कृपा की जाए।

अपीलकर्ता के हस्ताक्षर

स्थान: ……………………..

तारीख: ……………………..

सत्यापन

मैं,.................. ..... सत्यापित करता हूँ कि पैरा …………. से …………… तक की सामग्री मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है और कोई भी भाग झूठ नहीं है और उसमें कोई भी आवश्यक बात नहीं छिपायी गई है।

अपीलकर्ता के हस्ताक्षर

दस्तावेज़ों की सूची

क्र.सं.	विवरण	पृष्ठ सं.

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE

(Department of Health Research)

NOTIFICATION

New Delhi, the 21st June, 2022

G.S.R. 460(E).—In exercise of the powers conferred by section 50 of the Surrogacy (Regulation) Act, 2021 (47 of 2021), the Central Government hereby makes the following rules, namely: -

1. Short title and commencement.- (1) These rules may be called the Surrogacy (Regulation) Rules, 2022.

   (2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

2. Definitions.- In these rules, unless the context otherwise requires; -

   (a) 'Act' means the Surrogacy (Regulation) Act, 2021 (47 of 2021);

   (b) 'form' means a form appended to these rules;

   (c) 'section' means a section of the Act;

   (d) words and expressions used herein and not defined but defined in the Act shall have the meanings respectively assigned to them in the Act.

3. The requirement, and qualification for persons employed, at a registered surrogacy clinic.- (1) The minimum requirement of staff and their qualification for surrogacy clinic shall be as specified in Schedule I, Part 1.

   (2) The minimum requirement of equipment for surrogacy clinic shall conform to the requirement as specified in Schedule I, Part 2.

4. The manner of application for obtaining a certificate of recommendation by the Board shall be as specified in Form 1.

5. Insurance coverage.- (1) The intending woman or couple shall purchase a general health insurance coverage in favour of surrogate mother for a period of thirty six months from an insurance company or an agent recognized by the Insurance Regulatory and Development Authority established under the provisions of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, (41 of 1999) for an amount which is sufficient enough to cover all expenses for all complications arising out of pregnancy and also covering post- partum delivery complications.

(2) The intending couple/woman shall sign an affidavit to be sworn before a Metropolitan Magistrate or a Judicial Magistrate of the first-class giving guarantee as per clause (q) of sub section (1) of section 2 of the Surrogacy (Regulation) Act, (47 of 2021).

6. Number of attempts of surrogacy procedure.- The number of attempts of any surrogacy procedure on the surrogate mother shall not be more than three times.

7. Consent of a surrogate mother.- The consent of a surrogate mother shall be as specified in Form 2.

8. Number of embryos to be implanted in the uterus of the surrogate mother.- The gynaecologist shall transfer one embryo in the uterus of a surrogate mother during a treatment cycle:

Provided that only in special circumstances up to three embryos may be transferred.

9. Conditions under which the surrogate mother may be allowed for abortion.- The surrogate mother may be allowed for abortion during the process of surrogacy in accordance with the Medical Termination of Pregnancy Act, 1971 (34 of 1971).

10. Form and manner for registration and fee for a surrogacy clinic.– (1) An application for registration for a surrogacy clinic shall be made by the surrogacy clinic which is carrying out procedures related to the Surrogacy, as provided in the Act to the appropriate authority in Form 3.

(2) Every application for registration shall be accompanied by an application fee of rupees two lakhs for surrogacy clinic and the application fee once paid shall not be refunded:

Provided that, if an application for registration of any surrogacy clinic is rejected by the appropriate authority, no fee shall be required to be paid on re-submission of the application by the applicant for the same clinic:

Provided further that such establishment in the government run institutes need not pay for application.

11. Period, manner and form for certificate of registration.- (1) The appropriate authority shall, after making such enquiry and after satisfying itself that the applicant has complied with all the requirements, shall grant a certificate of registration in Form 4 to the applicant.

(2) A copy of the certificate of registration shall be displayed by the registered surrogacy clinic at a conspicuous place at its place of business.

12. Appeal.- (1) The surrogacy clinic, or the intending woman, or couple may, within a period of thirty days from the date of receipt of the communication relating to order of rejection of application, suspension or cancellation of registration by the appropriate authority under section 13 and communication relating to rejection of the certificates under section 14, prefer an appeal against such order.

(2) The form of appeal shall be as specified in Form 5.

13. Manner in which the seizure of documents, records, objects, etc., shall be made and seizure list shall be prepared and delivered.- (1) Every surrogacy clinic shall allow the National Board or National Registry or State Board or Appropriate Authority or to any other person authorised in this behalf to inspect the place, equipment and records.

(2) An inspection of an already registered clinic may be done without any notice, during the working hours of the clinic.

(3) The authorities referred to in subsection (1) shall ensure that the entry and search procedure do not place at risk the gametes or embryos stored in the facility.

14. Medical indications necessitating gestational surrogacy.- A woman may opt for surrogacy if; -

(a) she has no uterus or missing uterus or abnormal uterus (like hypoplastic uterus or intrauterine adhesions or thin endometrium or small uni-cornuate uterus, T-shaped uterus) or if the uterus is surgically removed due to any medical conditions such as gynaecological cancer;

(b) intended parent or woman who has repeatedly failed to conceive after multiple In vitro fertilization or Intracytoplasmic sperm injection attempts. (Recurrent implantation failure);

(c) multiple pregnancy losses resulting from an unexplained medical reason. unexplained graft rejection due to exaggerated immune response;

(d) any illness that makes it impossible for woman to carry a pregnancy to viability or pregnancy that is life threatening.

[F. No. U.11019/15/2022-HR(Pt.)]

GEETA NARAYAN, Jt. Secy.

SCHEDULE 1

Part 1

[See rules 3 (1)]

(1) Staff of surrogacy clinics.- Surrogacy clinics shall have at least one gynaecologist, one anesthetist, one embryologist and one counselor. The clinic may employ additional staff by the Assisted Reproductive Technology Level 2 clinics; normally Director, Andrologist and shall appoint such staff as may be necessary to assist the clinic into day-to-day work.

(2) Qualification for doctors and other staff in surrogacy clinics.- The qualification of staff in surrogacy clinics shall be as under:

(a) Gyanecologist**:** The gyanecologist shall be a medical post-graduate in gyanecology and obstetrics and should have record of performing 50 ovum pickup procedures and at least three years of working experience in an ART clinic under supervision of a trained ART specialist (In the case of gynecologists practicing ART or IVF and are working in ART clinics before the commencement of this Act a post graduate degree in gynecology and obstetrics with at least three years experience and record of 50 ovum pickup procedures shall be acceptable); or

A medical post-graduate in gynaecology and obstetrics with super specialist Doctorate of Medicine/Fellowship in reproductive medicine with experience not less than three years of working in an Assisted Reproductive Technology clinic.

(b) Andrologist shall be a Master of Chirurgiae or Diplomate of National Board in urology with special training in diagnosing and treating male infertility.

(c) Embryologist: (i) Postgraduate in clinical embryology (graduated with the full-time program with a minimum of four semesters) from a recognised university or institute with additional three years of human ART laboratory experience in handling human gametes and embryos;

(ii) Ph.D. holder (full-time, Ph.D. project should be related to Clinical Embryology/assisted reproductive technology/fertility) from a recognised university or institute or with an additional one year of human ART laboratory experience in handling human gametes and embryos;

(iii) Medical graduate (MBBS) or Veterinary graduate (BVSc) with a postgraduate degree in Clinical Embryology (full-time program) from a recognised university or institute with additional two years of ART laboratory experience in handling human gametes and embryos;

(iv) Postgraduate in life sciences/Biotechnology with at least one year of on-site, full-time clinical embryology certified training in addition to four years experience in handling human gametes and embryos in a registered ART level 2 clinics.

As a one-time measure all embryologists working in Assisted Reproductive Technology or In vitro fertilization clinics before the commencement of the Act, with the following below mentioned qualifications and experience may be allowed to continue as embryologists. However, after the commencement of this Act, all clinics will hire Embryologists only with any of the above-mentioned four qualifications and experience criteria.

Graduate in Life Sciences /biotechnology/ reproductive biology/ veterinary science with at least five years experience of working in a registered Assisted Reproductive Technology / In vitro fertilization *clinic, who have* performed at least 500 IVF lab procedures (including Intracytoplasmic sperm injection I and at least 100 cycles of cryopreservation of embryos).

(d) Counselor: A person who is a graduate in psychology or clinical psychology or nursing or life sciences from a recognised university or institute.

(e) Anesthetist: Anesthetist shall be a medical postgraduate in Anesthesia from a recognised university or institute.

(f) Director: The director should have a post-graduate degree in medical /life sciences/Management Sciences from a recognised university or institute.

SCHEDULE 1

Part 2

[see rule 3(2)]

1. Equipments: - Microscope:

(a) Incubator (minimum 02 in number);

(b) Laminar Airflow;

(c) Sperm counting Chambers;

(d) Centrifuge;

(e) Refrigerator;

(f) Equipment for cryopreservation;

(g) Ovum aspiration pump;

(h) Ultrasonography machine with transvaginal probe and needle guard;

(i) Test tube warmer;

(j) Anesthesia resuscitation trolley.

FORM 1

[See rule 4]

Application Form for Couple of Indian Origin/Intending woman for availing Surrogacy addressed to Board

I/ We (Details as given below) request for a certificate of recommendation for availing Surrogacy Services

1. Basic Information

1.1 Details of Intended Father:

1. Name:
2. Surname:
3. Date of Birth:
4. Blood Group:
5. Age in years:
6. Sex: Male/ Female

7. Nationality:

8. Occupation:

9. Marital Status: Married/ Divorced /Widow.

10. Address: (Please give details of Address in India if available and the present foreign country of residence)

(i) Present:

(ii) Permanent

11. Telephone/Mob. No. (Details of number in India and the country of residence)

12. Email:

13. Social Security Number or Equivalent

14. Passport Number

1.2 Details of the Intended Mother:

1. Name:

2. Surname

3. Date of Birth:

4. Blood Group:

5. Age in years

6. Sex: Male Female

7. Nationality:

8. Occupation:

9. Marital Status: Married/ Divorced /Widow.

10. Address: (Please give details of Address in India if available and the present foreign country of residence)

(i) Present:

(ii) Permanent

11. Telephone/Mob. No. (Details of number in India and the country of residence)

12. Email:

13. Social Security Number or Equivalent

14. Passport Number

1.3 Briefly describe the reason for availing surrogacy

Declaration

I hereby declare that the above statements are true to the best of my knowledge and belief.

Date: …………………………… **Signature of the Intended father**

Place: …………………………..

Signature of the Intended Mother

Self attested Documents required for applying

1. Proof of marriage / Marriage Certificate (If applicable)
2. Proof of age/ Birth certificate/10th certificate/ or any equivalent.

(Note: Certificate of essentiality is to be obtained from appropriate authority and Certificate of Medical Indication is to be obtained from the District Medical Board)

FORM 2

[See rule 7]

Consent of the Surrogate Mother and

Agreement for Surrogacy

I, _____________________________________ (the woman), aged _______ Years (address) ____ (Aadhar Number), having _______ (Number of children) child/children __________ (age in years) of my own have agreed to act as a surrogate mother for Intending couple/intending woman Name _________________ Husband Name _______________ Wife/ ________________ Intending woman Age _______ Husband Age _____ Wife/Intending woman __________________ had a full discussion with Dr. ______________________________ of the Surrogacy clinic on ________________________ in regard to the matter of my acting as a surrogate mother for the child/children of the above couple.

1. That I understand that the methods of treatment may include:
   (a) stimulation of the genetic mother for follicular recruitment;
   (b) the recovery of one or more oocytes from the genetic mother by ultrasound-guided oocyte recovery or by laparoscopy;
   (c) the fertilization of the oocytes from the genetic mother with the sperm of her husband;
   (d) the fertilization of a donor oocyte by the sperm of the husband;
   (e) the maintenance and storage by cryopreservation of the embryo resulting from such fertilization until, in the view of the medical and scientific staff, it is ready for transfer;
   (f) implantation of the embryo obtained through any of the above possibilities into my uterus, after the necessary treatment if any.
2. That I have been assured that the genetic mother and the genetic father have been screened for 'HIV' and hepatitis 'B' and 'C' and other sexually transmitted diseases before oocyte recovery and found to be seronegative for all these diseases. I have, however, been also informed that there is a small risk of the mother or the father becoming seropositive for Human immunodeficiency (HIV) during the window period.
3. That I consent to the above procedures and the administration of such drugs that may be necessary to assist in preparing my uterus for embryo transfer, and for support in the luteal phase.
4. That I understand and accept that there is no certainty that a pregnancy may result from these procedures.
5. That I understand and accept that the medical and scientific staff may give no assurance that any pregnancy will result in the delivery of a normal and living child or children.
6. That I am unrelated or related (relation) ______________________________ to the couple (the would-be genetic parents).
7. That I have worked out medical and other expenses and conditions of the surrogacy with the couple in writing and an appropriately authenticated copy of the agreement has been filed with the clinic, which the clinic shall keep confidential. A General health insurance coverage in favor of the surrogate mother from an insurance company or an agent recognized by the Insurance Regulatory and Development Authority established under the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (41 of 1999) has been purchased by the intending couple/woman.

8. That I agree to relinquish all my rights over the child and hand over the child/children to ___________________________, or _____________ and ______________________ in case of a intending couple, or to _______________________________ in case of their separation during my pregnancy, or to the survivor in case of the death of one of them during pregnancy, or to ------------------------------------- in case of death of both of them, or to -- in case of guarantor intending couple/ woman, as soon as I am permitted to do so by the hospital or clinic or nursing home where the child or children are delivered.

9. That I have been provided with the written consent of all of those name(s) mentioned above.

10. That I undertake to inform the surrogacy clinic, _______________________, of the result of the pregnancy.

11. That I take no responsibility that the child or children delivered by me will be normal in all respects. I understand that the biological parent(s) of the child/ children has / have a legal obligation to accept the child or children that I deliver and that the child or children would have all the inheritance rights of a child or children of the biological parent(s) as per the prevailing law.

12. That I shall not be asked to go through sex determination tests for the child/ children during the pregnancy and that I have the full right to refuse such tests.

13. That I understand that I would have the right to terminate the pregnancy in case of any complication as advised by the doctors, under the provisions of the Medical Termination of Pregnancy Act, 1971 (34 of 1971).

14. That I certify that I have not born any child through surrogacy before.

15. That I have been tested for 'HIV', hepatitis 'B' and 'C' and shown to be seronegative for these viruses just before embryo transfer.

16. That I shall not have intercourse of any kind once the cycle preparation is initiated.

17. That I certify that (a) I have not had any drug intravenously administered into me through a shared syringe; and (b) I have not undergone blood transfusion in the last six months.

18. That I also declare that I shall not use drugs intravenously, or undergo blood transfusion excepting of blood obtained through a certified blood bank on medical advice.

19. That I undertake not to disclose the identity of the party seeking the surrogacy.

20. That In the case of the death or unavailability of the party seeking my help as the surrogate mother, I shall deliver the child/children to _______________________ or ____________________________ in this order; I shall be provided, before the embryo transfer into me, a written agreement of the above persons that they shall be legally bound to accept the child or children in the case of the above-mentioned eventuality. (If applicable)

(Strike off if not applicable.)

Endorsement by the Surrogacy Clinic

I/we have personally explained to ______________________ and ______________ the details and implications of his / her / their signing this consent / approval form, and made sure to the extent humanly possible that he / she / they understand these details and implications.

Signed:

(Surrogate Mother)

Signature of Intending couple/Woman

Name, address and signature

of the Witness from the Surrogacy clinic

Name and signature of the Doctor

Name and address of the Surrogacy Clinic

Dated:

FORM 3

[See rule 10]

APPLICATION FORM

REGISTRATION OF A SURROGACY CLINIC

Name of the Surrogacy clinic:

Address of the Surrogacy clinic:

State: _________________ City: ___________________ Pin Code: | | | | | | |

Telephone No. (with STD Code) (Surrogacy clinic only):

Mobile No. of Surrogacy clinic

E-mail (Surrogacy clinic):

Website, if any

1. Status of your Surrogacy clinic:

   1. Government 2. Private

   Any other, please specify……………………………………………………

2. Date of establishment of your Surrogacy clinic: | | | | | | |

3. Whether your Surrogacy clinic is registered under following Acts/Authorities (Please provide details) Yes / No

   1. The Medical Termination of Pregnancy (MTP) Act, 1971 (44 of 1971)

   2. The Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Act, 1994 (57 of 1994)

4. Whether your Surrogacy clinic has Director

   (1. Yes 2. No)

   a) Name

   b) Qualification

   c) Registration No. if applicable

5. Details of staff

Post	Name	Qualification	Registration No. if applicable
Gynaecologist			
Anesthetist			
Clinical Embryologist			
Andrologist			
Counsellor			

6. List of equipments

7. Indicate which of the following procedures are being carried out at your Surrogacy clinic

1. Yes 2. No

(a) Intra-uterine Insemination using Husband Semen (IUI-H)

(b) Intra-uterine Insemination using Donor Semen (IUI-D)

(c) *In vitro* Fertilization-Embryo Transfer (IVF-ET)

(d) Intra-cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)

(e) Processing of semen

(f) Storage of gametes (sperm and oocyte) and or embryos of patient

(g) Pre-implantation Genetic Testing

(h) Any other procedure, please specify……………………………………

8. Any additional Information

DECLARATION

I hereby declare that the entries in this form and the additional particulars (if any), furnished herewith are true to the best of my knowledge and belief.

Date: _____________

FORM 4

[See rule 11]

CERTIFICATE OF REGISTRATION

Surrogacy Clinic

(To be issued in duplicate)

Certificate No.:

1. In exercise of the powers conferred under section 12 (1) of the Surrogacy (Regulation) Act, 2021 (47 of 2021), the Appropriate Authority ………………………. ………………………… hereby grants registration to the Surrogacy Clinic named below for purposes of carrying out surrogacy or surrogacy procedures as per the aforesaid Act, for a period of ……………..years ending on ………………………

(a) Name and address of the Surrogacy clinic:

(b) Type of institution (Government / Private)

2. This registration is granted subject to the aforesaid Act and Rules there under and any contravention thereof shall result in suspension or cancellation of this certificate of registration before the expiry of the said period of three years.

3. Registration No. allotted

4. For renewed Certificate of Registration only: Period of validity of earlier Certificate of Registration from ……………. To …………………

Signature, Name and Designation of
the Appropriate Authority

Date: ……………..

Place: ……………….

SEAL

Display one copy of this certificate at a conspicuous place at the place of business

*Strike out whichever is not applicable or necessary

FORM 5

[See rule 12]

Appeal No./20………Made against ………….to the State Government /Central Government

In the matter of:

Name and Address of Appellant

Versus

Name and Address of the Authority Whose Order is Challenged Respondent

Most respectfully showeth:

The above-mentioned appellant appeals against the order passed by the........................ concerned Appropriate Authority at ....(Name of place and address) against the appellant in

(details of the case if any)

dated....................

and sets forth the following grounds of objection of the order appealed: -

1. Particulars of the order including number of orders, if any, against which the appeal is Preferred.

2. Brief facts of the case.

3. Findings of the Appropriate Authority challenged.

4. Grounds of appeal.

5. Copy of the order enclosed along with all the documents relied upon by the Appellant.

6. Any other information/documents in support of appeal

Prayer:

That the appellant, therefore prays for the reasons stated above the order under the appeal be set aside and quashed and order deemed just and proper may kindly be passed in favor of the appellant.

Signature of the Appellant

Place: …………………….

Date: ……………………..

Verification

I, ... do hereby verify that the contents of para ………….to .... are true and correct to the best of my knowledge and belief and no part is false and nothing material has been concealed therein.

Signature of the Appellant

List of Documents

S. No.	Particulars	Page No.

Uploaded by Dte. of Printing at Government of India Press, Ring Road, Mayapuri, New Delhi-110064
and Published by the Controller of Publications, Delhi-110054.
MANOJ KUMAR VERMA Digitally signed by MANOJ KUMAR VERMA Date: 2022.06.21 20:27:44 +05'30'