

प्रपत्र 'ख'

मानसिक स्वास्थ्य स्थापन के अनंतिम रजिस्ट्रीकरण/अनंतिम रजिस्ट्रीकरण के
नवीनीकरण हेतु आवेदन पत्र

सेवा में,

विभाग

राज्य सरकार

श्रीमान/सुश्री

मैं/ हम मानसिक स्वास्थ्य स्थापन जिसका मैं/ हम का वैध अनुज्ञप्ति/
स्थापना का रजिस्ट्रीकरण / अस्पताल/ नर्सिंग होम धारक करते हैं, के अनंतिम
रजिस्ट्रीकरण/अनंतिम रजिस्ट्रीकरण के नवीनीकरण हेतु आवेदन करते हैं। अस्पतालों/
नर्सिंग होम के विवरण निम्नलिखित हैं—

- 1- आवेदक का नाम.....
- 2- अनुज्ञप्ति जारी करने वाले प्राधिकारी का नाम व दिनांक सहित अनुज्ञप्ति का विवरण...
- 3- आयु
- 4- मनोचिकित्सा में वृत्तिक अनुभव
- 5- आवेदक का स्थायी पता
- 6- प्रस्तावित नर्सिंग होम/ अस्पताल का स्थल
- 7- प्रस्तावित नर्सिंग होम/ अस्पताल का पता
- 8-प्रस्तावित आवासन
- (क) कक्षाओं की संख्या
- (ख) विस्तरों की संख्या

- (ग) उपलब्ध सुविधाएं
- (घ) आउट पेशेंट
- (ङ.) आपातकालीन सेवाएं
- (च) अंतकालीन रोगी सुविधाएं
- (छ) व्यावसायिक तथा मनोरंजन सुविधाएं
- (ज) ईसीटी सुविधाएं
- (झ) मनोचिकित्सा परीक्षण सुविधाएं
- (ञ) जांच तथा प्रयोगशाला सुविधाएं
- (ट) उपचार सुविधाएं

स्टाफ पैटर्न

- (क) चिकित्सकों की संख्या
- (ख) नर्सों की संख्या
- (ग) अटेंडेंट की संख्या
- (घ) अन्य

मैं इसके साथ आवेदन शुल्क क रूप में..... का बैंक ड्राफ्ट..... पक्ष में भेज रहा हूँ।

मैं एतद्वारा मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण के सभी नियमों और विनियमों का पालन करने का वचन देता हूँ।

मैं आपसे निवेदन करता हूँ कि मेरे आवेदन पर विचार कर मुझे स्थापन/ मनोचिकित्सालय का अनुरक्षण/ नर्सिंग होम हेतु अनुज्ञप्ति प्रदान करें।

Form-B

APPLICATION FOR GRANT OF PROVISIONAL REGISTRATION/ RENEWAL OF
PROVISIONAL REGISTRATION OF A MENTAL HEALTH ESTABLISHMENT

To
The
Department of.....
State Government of.....

Dear Sir/Madam,

I/we intend to apply for grant of provisional registration/ renewal of provisional registration for the Mental Health Establishment namely.....

..... Of which I am/we are holding a valid license/registration for the establishment/ maintenance of such hospital/nursing home. Details of the hospital/nursing home are given below:

1. Name of applicant
2. Details of license with reference to the name of the authority Issuing the license and date.....
3. Age.....
4. Professional experience in Psychiatry.....
5. Permanent address of the applicant.....
6. Location of the proposed hospital/nursing home.....
7. Address of the proposed nursing home/hospital.....
8. Proposed accommodations:.....
 - (a) Number of rooms.....
 - (b) Number of beds.....
 - (c) Facilities provided:.....
 - (d) Out-patient.....
 - (e) Emergency services.....
 - (f) In-patient facilities.....
 - (g) Occupational and recreational facilities.....
 - (h) ECT facilities
 - (i) Psychological testing facilities.....
 - (j) Investigation and laboratory facilities.....
 - (k) Treatment facilities.....

Staff pattern:

- (a) Number of doctors.....

- (b) Number of nurses.....
(c) Number of attendees.....
(d) Others.....

I am here with sending a bank draft of Rs.....drawn in favour of.As application Fee.

I hereby undertake to abide by the rules and regulations of the Mental Health Authority.

I request you to consider my application and grant the license for establishment/ maintenance of psychiatric hospital/nursing home,

Yours faithfully

Signature.....
Name.....

Date.....