कार्यालय सचिव स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

छत्तीसगढ शासन

प्रति,

1. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
   (समस्त) जिला _______________

2. अस्पताल अधीक्षक (समस्त),
   मेडिकल कॉलेज चिकित्सालय
   ____

3. सिविल सर्जन (समस्त),
   जिला चिकित्सालय _______________

4. जिला कार्यक्रम प्रबंधक,
   राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन,
   (समस्त) जिला ________________

विषय : ज़ननी सुरक्षा योजना का क्रियांवयन।

उपरोक्त विषयांतर्गत पूर्व मे जारी समस्त निर्देशों को निरस्त करते हुए राज्य में जननी सुरक्षा योजना के क्रियांवयन हेतु निम्नानुसार उत्तरदायित्व निर्धारित करते हुए निर्देश प्रसारित किये जाते हैं :-

1. **<u>योजना का उद्देश्य</u>** :-

   जननी सुरक्षा योजना का उद्देश्य सुरक्षित एवं संस्थागत प्रसव को बढावा देकर मातृ एवं शिशु मृत्यु दर में कमी लाना है।

2. **<u>योजनांतर्गत लक्ष्य</u>** :-

   31.03.2010 तक राज्य में संस्थागत प्रसव का प्रतिशत 18% से बढाकर 50% करना। जिलेवार लक्ष्य परिशिष्ट 1 (कॉलम 7) मे संलग्न हैं।

3. **<u>हितग्राही समूह व योजनांतर्गत सहायता का प्रावधान</u>** :-

योजना अंतर्गत गर्भवती महिलाओं को निम्नानुसार सहायता की पात्रता है :-

प्रसव की स्थिति			हितग्राही समूह	सहायता राशि	परिवहन हेतु हितग्राही\मितानिन को देय राशि	मितानिन को प्रोत्साहन राशि	शर्तें
प्रसव का स्थान	संस्था का प्रकार	हितग्राही का निवास क्षेत्र					
संस्थागत	शासकीय अथवा मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय	ग्रामीण	सभी गर्भवती महिलाएं	1400	400	200	कोई शर्त नही
	शासकीय अथवा मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय	शहर	सभी गर्भवती महिलाएं	1000	00	200	कोई शर्त नही
घर पर	घर	ग्रामीण एवं शहरी	बीपीएल परिवार की महिलाएं	500	00	00	1. बीपीएल प्रमाणपत्र 2. न्यूनतम आयु 19 वर्ष 3. दितीय जीवित जन्म तक

4. **<u>क्रियान्वयन प्रक्रिया एवं रणनीति</u>** :-

4.1. योजना अंतर्गत लक्ष्य पूर्ति हेतु यह आवश्यक होगा कि <u>ए.एन.एम के द्वारा शत प्रतिशत गर्भवती महिलाओं का पंजीयन किया जाए व महिला का स्वास्थ्य कार्ड तैयार किया जाए</u>। **जिले वार पंजीयन लक्ष्य परिशिष्ट 1** (कॉलम 5) मे संलग्न हैं।

4.2. गर्भ पंजीयन के समय ही ए.एन.एम. द्वारा महिला का **माइक्रो बर्थ प्लान** महिला से चर्चा कर तैयार किया जाए। माइक्रो बर्थ प्लान के अंतर्गत निम्नलिखित विवरण महिला के स्वास्थ्य कार्ड में अनिवार्य रूप से ए.एन.एम. द्वारा अंकित किये जाएं : -

4.2.1. महिला की प्रसव पूर्व जाँच एवं टीकाकरण की तिथियाँ।

4.2.2. <u>संस्थागत प्रसव हेतु महिला की प्राथमिकता की 2 संस्थाओं के नाम।</u>

4.2.3. <u>संस्थागत प्रसव हेतु जाने हेतु परिवहन का साधन।</u>

4.2.4. <u>महिला से सम्बन्धित मितानिन का विवरण।</u>

4.3. संबन्धित मितानिन का दायित्व होगा कि वह महिला को प्रसव पूर्व जाँच हेतु प्रेरित करे तथा सुरक्षित मातृत्व, नवजात शिशु के पालन पोषण एवं टीकाकरण आदि के सम्बन्ध मे सलाह दे। इसके अतिरिक्त मितानिन द्वारा समय रहते महिला के संस्थागत प्रसव हेतु महिला के परिवार के सदस्यो से परामर्श कर परिवहन की व्यवस्था भी की जाए।

4.4. शहरी क्षेत्र मे महिला के निवास क्षेत्र से सम्बन्धित आंगंबाडी कार्यकर्ता को मितानिन माना जाएगा एवं उसे प्रत्येक संस्थागत प्रसव पर प्रोत्साहन स्वरूप रु 200 राशि प्राप्त करने की पात्रता होगी।

4.5. ए.एन.एम द्वारा प्रत्येक गर्भवती महिला को प्रसव पूर्व निम्नानुसार सेवाएं दी जाएंगी :-

4.5.1. प्रसव पूर्व 3 बार स्वास्थ्य जाँच :-

4.5.1.1. ब्लड प्रेशर, वजन, युरिन शुगर, पेट का आकार व हीमोग्लोबिन मापना।

4.5.1.2. प्रसव की जटिलता की जाँच।

4.5.1.3. महिला को पोषण, स्तनपान एवं आराम के सम्बन्ध मे सलाह।

4.5.2. 2 बार टी.टी. टीकाकरण।

4.5.3. <u>सिकल सेल अनीमिया की जाँच करना</u>। यदि सिकल सेल अनीमिया है तो मात्र फोलिक एसिड की अन्यथा आयरन व फोलिक एसिड की 100 - 100 गोलियों का प्रदाय।

4.6. ए.एन.एम. द्वारा महिला को उक्त सेवाएं ग्राम स्वास्थ्य, पोषण एवं टीकाकरण दिवस में महिला को आसानी से प्रदाय की जा सकती हैं।

4.7. **महिला की तृतीय प्रसव पूर्व स्वास्थ्य जाँच के समय ही ए.एन.एम. द्वारा जननी सुरक्षा योजना का आवेदन (निर्धारित प्रारूप संलग्न) पूर्ण कराकर 2 प्रति मे प्राप्त किया जाएगा** तथा महिला के स्वास्थ्य कार्ड में, आवेदन पत्र मे एवं गर्भवती महिलाओं की पंजी में उपयुक्त स्थान पर जे एस वाइ पंजीयन क्रमांक की प्रविष्टि की जाएगी। आवेदन की 1 प्रति मूलत: ए.एन.एम. द्वारा सुपर्वाइजर के माध्यम से पी.एच.सी. मे जमा कराई जाएगी। यदि किसी कारणवश महिला तृतीय जाँच हेतु नही आ पाती है तो ए.एन.एम. का दायित्व होगा कि वह महिला की तृतीय जाँच गृह भेंट कर करे व महिला का आवेदन प्राप्त कर जे.एस.वाई. मे पंजीयन करे।

4.8. आवेदन की पावती के साथ ए.एन.एम द्वारा हितग्राही महिला को (निर्धारित प्रारूप फॉर्म - 1 मे) संस्थागत प्रसव हेतु रेफेरल स्लिप दी जाएगी जिसमें महिला से विकल्प लेकर अथवा उसे परामर्श देकर प्रसव हेतु संस्था का नाम (सामान्यतया माइक्रो बर्थ प्लान के अनुसार), प्रसव की संभावित तिथि, संबन्धित मितानिन का नाम का उल्लेख किया जाएगा।

4.9. रेफेरल स्लिप मे ही संस्थागत प्रसव हेतु रु 250 राशि के परिवहन व्यय वाउचर का भी समावेश है। परिवहन व्यय की राशि प्रसव हेतु महिला के संबन्धित संस्था मे भर्ती होने पर (जीवित अथवा मृत जन्म दोनो दशा मे) संस्था से सामान्यतया सम्बन्धित मितानिन को भुगतान की जाएगी। यह भुगतान केवल ग्रामीण क्षेत्र मे निवास करने वाली हितग्राही महिला के प्रकरण मे ही होगा (शहरी मे नही)। यदि मितानिन महिला के साथ प्रसव हेतु नही आती है तो इस राशि का भुगतान हितग्राही महिला को किया जाएगा।

4.10. योजना अंतर्गत संस्थागत प्रसव हेतु मितानिन के महिला के साथ आने की दशा में उसके प्रवास व्यय हेतु उसे रु 150 भुगतान करने का प्रावधान है। रु 150 का भुगतान भी रेफेरल स्लिप के आधार पर ही उस मितानिन को संस्था से किया जाएगा जिसका नाम ए.एन.एम. द्वारा महिला की रेफेरल स्लिप मे अंकित किया गया हो। यह भुगतान केवल ग्रामीण क्षेत्र मे निवास करने वाली हितग्राही महिला के प्रकरण मे ही होगा (शहरी मे नही)। यह भुगतान केवल मितानिन को ही किया जाएगा उसके किसी प्रतिनिधि अथवा हितग्राही को नही तथा भुगतान केवल मितानिन के प्रसव हेतु महिला के साथ आने पर मितानिन को ही किया जाएगा।

4.11. यदि कोई महिला बिना ए.एन.एम. की रेफेरल स्लिप के प्रसव हेतु किसी भी अस्पताल (शासकीय या निजी) मे भर्ती होती है तो निर्धारित प्रारूप फॉर्म -1 मे संस्था मे ही रेफेरल स्लिप भर कर तैयार की जाएगी। **ऎसी दशा मे मितानिन की प्रवास राशि का भुगतान नही किया जाएगा।**

4.12. **प्रसव उपरांत प्रसव की विशिष्टियों का विवरण सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा रेफेरल स्लिप के पीछे छपे फॉर्म - 2 मे भरकर हितग्राही एवं मितानिन से पावती प्राप्त कर उन्हें भुगतान किये जाएंगे।** फॉर्म - -2 भुगतान का वाउचर भी है अत: यह 3 प्रतियों मे संस्था मे तैयार किया जाएगा। 1 प्रति डिस्चार्ज स्लिप के साथ महिला को तथा 1 प्रति संस्था के मासिक व्यय पत्रक के साथ इन निर्देशो मे वर्णित व्यवस्था अनुसार संस्था द्वारा उपयुक्त स्तर पर प्रेषित की जाएगी। महिला की डिस्चार्ज स्लिप मे भी रेफेरल स्लिप के आधार पर मितानिन का नाम अनिवार्य रूप से भरा जाए।

4.13. <u>उप स्वास्थ्य केन्द्र को छोडकर</u> अन्य सभी शासकीय संस्थाओं मे आवश्यकतानुसार निजी गायनोकोलॉजी व एनेस्थीसिया विशेषज्ञों की सेवाएं सिजेरियन प्रसव हेतु ली जा सकेंगी। इस हेतु प्रत्येक प्रकरण मे रु 1500 का भुगतान विशेषज्ञ किकित्सक को किया जा सकेगा। इसके अतिरिक्त चिकित्सक के आवागमन की व्यवस्था हेतु रु 200 प्रति प्रकरण की सीमा तक प्रशासनिक व्यय भी किया जा सकेगा।

4.14. आवश्यकतानुसार कठिन प्रसव के प्रकरणों मे महिला को जिला अस्पताल अथवा सामुदायिक केन्द्र रेफर करने हेतु वाहन की व्यवस्था की जाए। इस हेतु जे.एस.वाई. की राशि से प्रति प्रकरण रु 500 की सीमा तक शासकीय वाहन के पी.ओ.एल. तथा शासकीय वाहन उपलब्ध न होने पर निजी वाहन पर भी व्यय किया जा सकेगा।

4.15. <u>योजना मे संस्थागत प्रसव (ग्रामीण व शहरी दोनो क्षेत्रों हेतु) की दशा मे बच्चे का बी.सी.जी. टीकाकरण हो जाने के पश्चात प्रोत्साहन स्वरूप रु 200 दिये जाने का प्रावधान है।</u> **उप स्वास्थ्य केन्द्र को छोडकर सभी शासकीय तथा निजी संस्थाओं मे बी.सी.जी टीकाकरण अनिवार्य रूप से महिला को डिस्चार्ज करने के पूर्व किया जाये।** उप स्वास्थ्य केन्द्र मे हुए प्रसव की दशा मे आगामी नियत टीकाकरण दिवस मे बी.सी.जी. टीकाकरण अनिवार्य रूप से किया जाए।

4.16. घर पर प्रसव की दशा मे हितग्राही की पात्रता का परीक्षण कर पात्र हितग्राही को भुगतान ए.एन.एम द्वारा रेफेरल के पीछे छपे फॉर्म -2 मे विवरण पूर्ण कर पावती प्राप्त कर किया जाएगा।

विभिन्न स्तर पर उत्तरदायित्वों का विवरण परिशिष्ट - 2 मे संलग्न है।

5. <u>**संस्थाओं का सूचीकरण**</u> :- योजनांतर्गत निम्नलिखित संस्थाओं मे होने वाले प्रसव पर महिला को लाभ की पात्रता होगी -

5.1. सभी मेडिकल कॉलेज अस्पताल व जिला अस्पताल के सामान्य वॉर्ड मे होने वाले प्रसव

5.2. सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों मे होने वाले सभी प्रसव

5.3. प्राथमिक तथा उप स्वास्थ्य केन्द्रों मे होने वाले सभी प्रसव

5.4. <u>प्रत्येक विकासखण्ड मे 2 चयनित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को 24 घण्टे प्रसव की सुविधा हेतु विकसित किया जाए</u>। इस हेतु -

5.4.1. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का इस प्रकार चयन किया जाए कि विकासखण्ड की अधिक से अधिक आबादी संस्थागत प्रसव की सुविधा का उपयोग कर सके।

5.4.2. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र मे स्वच्छ पानी व बिजली की सुनिश्चित व्यवस्था हो। यदि व्यवस्था नही है तो जीवन दीप समिति की राशि से मेडिकल ऑफीसर द्वारा कराई जाए।

5.4.3. प्रसव कक्ष (Labour room) की व्यवस्था हो। आवश्यक मरम्मत व सुधार कार्य जीवन दीप समिति की राशि से कराया जाए।

5.4.4. यदि जीवन दीप समिति मे उपलब्ध राशि कम पडती हो तो प्रसव सुविधाओं के विकास हेतु कार्ययोजना बना कर <u>**NRHM District Envelop**</u> मे राशि की मांग मिशन संचालक से दिनांक 02.03.2009 तक अनिवार्य रूप से कर ली जाए।

5.4.5. <u>संस्था मे नियो नेटल केयर युनिट की व्यवस्था की जाए। नेयो नेटल केयर युनिट में निम्नलिखित उपकरण स्थापित किये जाएं -</u>

5.4.5.1. बेबी वार्मर (Baby warmer)

5.4.5.2. अम्बूबैग (Ambubag)

5.4.5.3. वजन मशीन (Pediatric Weighing scale)

5.4.5.4. सक्शन मशीन (Suction machine)

5.4.5.5. नवजात शिशु के उपचार हेतु आवश्यक औषधियाँ (सूची\किट संचालक परिवार कल्याण द्वारा उपलब्ध कराई जाएगी)

5.4.6. उपरोक्तानुसार सभी उपकरण सामान्यतया जिले मे पर्याप्त संख्या मे उपलब्ध है। जिले मे उपकरणों की कमी होने पर मांग संचालक परिवार कल्याण से दिनांक 28.02.2009 तक अनिवार्य रूप से कर ली जाए। सभी सामुदायिक व प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों मे

उपकरणो की स्थापना मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा **15.03.2009** द्वारा सुनिश्चित की जाए।

5.5. ऐसी निजी संस्थाओं मे होने वाले सभी प्रसव जिन्हें **मुख्य चिकित्सा अधिकारी** द्वारा मान्यता दी गई हो। मान्यता हेतु निजी संस्था मे निम्नलिखित सुविधाए होनी चाहियें :-

5.5.1. इस परिपत्र की कंडिका 5.5.5 मे वर्णित सभी उपकरण।

5.5.2. संस्था मे कम से कम एक ए.एन.एम. अथवा स्टाफ नर्स अथवा एम.बी.बी.एस. डॉक्टर कार्यरत होना चाहिये (तीनो मे से कोई एक)।

5.6. सभी मुख्य चिकित्सा अधिकारी अपने जिले में निजी क्षेत्र मे संचालित प्रसूति गृहों व अस्पतालों के संचालकों की एक बैठक **26.02.2009** तक आयोजित करेंगे तथा इच्छुक संस्थाओं से आवेदन प्राप्त कर व निरीक्षण कर दिनांक **28.02.2009** तक अनिवार्य रूप से मान्यता प्राप्त संस्थाओं की सूची तैयार कर मिशन संचालक को प्रेषित करेंगे।

5.7. मान्यता प्राप्त संस्थाओं मे “जननी सुरक्षा योजना अंतर्गत मान्यता प्राप्त संस्थान” के आशय का एक बोर्ड लगाया जाना अनिवार्य होगा।

निजी संस्था द्वारा मान्यता हेतु आवेदन पत्र तथा मान्यता प्रमाण पत्र का प्रारूप परिशिष्ट - 3 मे संलग्न है।

6. **भुगतान प्रक्रिया** :-

6.1. **संस्थागत प्रसव की दशा मे हितग्राही महिला को संस्था मे ही बेयरर चेक के द्वारा भुगतान किया जाएगा**। (कंडिका 3 की तालिका देखें)

6.2. घर पर प्रसव की दशा मे हितग्राही महिला को ए.एन.एम. द्वारा बच्चे के बी.सी.जी. टीकाकरण के समय कम से कम एक पंचायत प्रतिनिधि तथा पडोसियों के समक्ष पंचनामा तैयार कर नगद भुगतान किया जाएगा।

6.3. हितग्राही के परिवहन व्यय तथा मितानिन के प्रवास व्यय का भुगतान मितानिन को संबन्धित संस्था मे ही किया जाएगा। उक्त भुगतान प्रसव की तिथि के अधिकतम 1 सप्ताह पश्चात तक ही किया जाएगा उसके पश्चात नही।

6.4. उप स्वास्थ्य केन्द्र को छोडकर शेष समस्त संस्थागत प्रसव प्रकरणों मे मितानिन को समस्त भुगतान (यथास्थिति परिवहन व्यय व प्रवास व्यय तथा प्रोत्साहन राशि) संस्था से ही महिला के डिस्चार्ज होने के पूर्व बेयरर चेक से किया जाएगा।

6.5. उप स्वास्थ्य केन्द्र पर होने वाले संस्थागत प्रसव प्रकरणों मे मितानिन को समस्त भुगतान ए.एन.एम. द्वारा बच्चे के बी.सी.जी. टीकाकरण के उपरांत टीकाकरण दिवस मे पंचायत प्रतिनिधि के समक्ष किया जाएगा। ए.एन.एम द्वारा मितानिन को नगद भुगतान किया जाएगा।

6.6. <u>किसी भी दशा मे -</u>

<u>परिवहन व्यय व मितानिन के प्रवास व्यय का भुगतान संबन्धित संस्था के अतिरिक्त किसी अन्य अधिकारी अथवा स्तर से नही किया जाएगा।</u>

6.7. निजी संस्थाओ मे होने वाले प्रसव पर भुगतान -

6.7.1. निजी संस्था मे प्रसव की दशा मे महिला को ग्रामीण क्षेत्र का निवासी होने पर रु 1400 तथा शहरी क्षेत्र का निवासी होने पर रु 1000 की सहायता की पात्रता है। इसके अतिरिक्त परिवहन व्यय व मितानिन के प्रवास व्यय (क्रमश: रु 250 व रु 150 केवल ग्रामीण क्षेत्र मे निवास करने वाली महिलाओ के प्रकरण मे) व मितानिन को प्रोत्साहन राशि का भुगतान भी महिला को डिस्चार्ज करने के पूर्व किया जाएगा।

6.7.2. मान्यता प्राप्त संस्थाओं को प्रत्येक प्रसव हेतु रु 100 प्रशासनिक व्यय भुगतान किया जाएगा। इस व्यय की प्रतिपूर्ति पाक्षिक रूप से संस्था को क्लेम के आधार पर जिला\विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा की जाएगी।

6.7.3. निजी संस्थाओं मे प्रसव कराने वाली महिलाओं को डिस्चार्ज पूर्व भुगतान का <u>दायित्व</u> जिला मुख्यालय मे स्थित संस्थाओं हेतु जिला कार्यक्रम प्रबंधक व अन्य स्थानो पर स्थित संस्थाओं हेतु सम्बन्धित विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक का होगा।

6.7.4. निजी संस्था मे भी सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा फार्म 1 व 2 मे सभी विवरण संधारित किये जाएं।

6.7.5. <u>हितग्राहियो को डिस्चार्ज के पूर्व भुगतान हेतु मुख्य चिकित्सा अधिकारी प्रति प्रकरण रु 20 की दर से प्रशासनिक व्यय कर सकेंगे</u>। इस हेतु इस राशि से कुरियर की व्यवस्था की जाए। मुख्य चिकित्सा अधिकारी अनिवार्य रूप से सभी निजी संस्थाओं हेतु यह व्यवस्था सुनिश्चित करेंगे।

6.7.6. **<u>जिला कार्यक्रम प्रबंधक \ विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा प्रतिदिन दूरभाष पर प्रत्येक निजी संस्था से प्रसव हेतु भर्ती महिलाओं की संख्या (शहरी व ग्रामीण क्षेत्र मे निवास करने वाली महिलाओं की पृथक पृथक) की जानकारी प्राप्त की जाएगी। तथा कुरियर के माध्यम से बेयरर चेक के माध्यम से भुगतान की व्यवस्था की जाए।</u>**

6.7.7. कुरियर द्वारा संस्था द्वारा संधारित फॉर्म 1 व 2 के आधार पर फॉर्म -2 (3 प्रति) मे हितग्राही से पावती प्राप्त कर भुगतान करेगा।

6.7.8. भुगतान उपरांत भुगतान के दिन ही कुरियर द्वारा भुगतान शुदा फॉर्म 1 व 2 मूलत: जिला कार्यक्रम प्रबंधक \ विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक के पास जमा किये जाएंगे। भुगतान किये गये प्रकरणों की संख्या के आधार पर <u>कुरियर को सामान्यतया साप्ताहिक भुगतान किया जाएगा</u>।

6.8. <u>शहरी क्षेत्र मे आंगनबाडी कार्यकर्ता को प्रोत्साहन राशि का भुगतान मासिक रूप से किया जाएगा</u>। इस हेतु आंगनबाडी कार्यकर्ता द्वारा मासिक प्रतिवेदन जिला मुख्यालय मे स्थित संस्थाओं हेतु जिला कार्यक्रम प्रबंधक व अन्य स्थानो पर स्थित संस्थाओं हेतु सम्बन्धित विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक को प्रस्तुत कर बेयरर चेक के माध्यम से भुगतान एकमुश्त प्राप्त किया जा सकेगा। सम्बन्धित अधिकारी कुरियर द्वारा जमा किये गये भुगतान शुदा फॉर्म - 2 से मिलान कर भुगतान किया जाएगा।

6.9. निजी संस्थाओं को (कंडिका 6.6.2), चिकित्सा विशेषज्ञों (कंडिका 4.13) को तथा चिकित्स्कों के परिवहन (कंडिका 4.13), रेफेरल परिवहन (क्ंडिका 4.14) एवं कुरियर के भुगतान (क्ंडिका 6.6.5) का व्यय जे.एस.वाई कियांवयन हेतु प्रदाय की गई राशि से ही किया जा सकेगा। इस हेतु पृथक से आबंटन प्रदाय नही किया जाएगा।

<u>योजना अंतर्गत अनुमत व्ययों का विवरण परिशिष्ट - 4 मे संलग्न है।</u>

7. वित्त का प्रवाह :-

7.1. राज्य स्तर से मिशन कार्यालय से योजना के क्रियानवयन हेतु त्रैमासिक किश्तों मे राशि जिला स्वास्थ्य समिति को ई-ट्रांसफर कर विमुक्त की जाएगी।

7.2. जिला स्तर पर योजना का पृथक खाता एस. बी. आई. मे संधारित किया जाएगा। खाते का संचालन मुख्य चिकित्सा अधिकारी तथा जिला कार्यक्रम प्रबन्धक के संयुक्त हस्ताक्षर से किया जायेगा। जिला कार्यक्रम प्रबंधक का दायित्व होगा कि वे मेडिकल कॉलेज, सिविल सर्जन तथा विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबन्धक से निर्धारित प्रारूप मे जानकारी प्राप्त कर मासिक प्रगति प्रतिवेदन मिशन कार्यालय को प्रेषित करें व राशियाँ निर्गमित करेंगे।

7.3 विकासखण्ड स्तर पर योजना का एक बैंक खाता एस.बी.आई में संचालित किया जाएगा। इस खाते का संचालन बी.एम.ओ तथा विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक के संयुक्त हस्ताक्षर से किया जाएगा। इस खाते मे जिला स्तर से विकासखण्ड की समस्त जे.एस.वाई से संयोजित चिकित्सा संस्थाओं की राशि ई-ट्रांसफर के माध्यम से अंतरित की जाएगी।

7.4 मेडिकल कॉलेज व जिला अस्पताल में भी इस योजना का एक पृथक खाता एस.बी.आई. मे खोला जाए। इस खाते का संचालन अस्पताल अधीक्षक\सिविल सर्जन व लेखाधिकारी द्वारा संयुक्त रूप से किया जाएगा।

7.5 यदि किसी संस्था मे मिशन के कार्यक्रम प्रबंधक नियुक्त न हुए हो तो नियुक्ति तक खाते का संचालन सम्बन्धित लेखा अधिकारी\सहायक द्वारा किया जाएगा।

7.6 <u>जिला कार्यक्रम प्रबंधक</u> का दायित्व होगा कि संलग्न परिशिष्ट - 5 अनुसार संस्था वार अग्रिम राशि के मापदण्ड से संस्थाओं की विकासखण्ड वार संख्या के आधार पर दिनांक 01.03.2009 की स्थिति में तथा जिला अस्पताल तथा विकासखण्ड के खाते मे राशि की उपलब्धता सुनिश्चित करें।

8. **<u>प्रगति पत्रक व समय सीमाएं</u>** :-

8.1. <u>ए.एन.एम. द्वारा</u> संलग्न प्रपत्र <u>(फार्म - ए) मे</u> योजना की प्रगति का ग्रामवार मासिक पत्रक 2 प्रति मे तैयार किया जाएगा। 1 प्रति सुपरवाइजर के माध्यम से पी.एच.सी स्तर पर जमा किया जाएगा। उक्त प्रपत्र प्रत्येक माह के <u>तृतीय शनिवार को सेक्टर मीटिंग मे</u> जमा किया जाएगा। फॉर्म - ए मे रेपोर्ट के आधार पर पी.एच.सी. के मेडिकल ऑफीसर द्वारा अनिवार्य रूप से ए.एन.एम. को राशि की प्रतिपूर्ति इस प्रकार की जाएगी कि ए.एन.एम. के पास रु 5000 अग्रिम राशि हो जाए। <u>ए.एन.एम. द्वारा</u> फॉर्म - ए के साथ साथ माह मे नवीन दर्ज <u>समस्त प्रकरणो के आवेदन पत्रों की एक प्रति</u> भी सुपरवाइजर के माध्यम से पी.एच.सी. मे जमा कराई जाएगी।

8.2. <u>सुपरवाइजर का दायित्व</u> होगा कि वे प्रपत्र का सत्यापन पी.एच.सी. के मेडिकल ऑफीसर से कराकर प्रपत्र मूलत: (सभी फॉर्म - ए तथा सभी मूल आवेदन पत्र) विकासखण्ड स्तर पर विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक के पास माह के <u>अंतिम शनिवार तक</u> जमा करेंगे तथा फार्म - बी मे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का प्रतिवेदन जमा करेंगे।

8.3. विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक का दायित्व होगा कि वे प्रपत्र की डाटा एण्ट्री निर्धारित सॉफ्टवेयर मे कराकर प्रगति पत्रक का एक प्रिंट आउट सुपरवाइजर को तत्काल प्रदाय करेंगे।

8.4. इसके अतिरिक्त सुपरवाइजर साथ मे पी.एच.सी के द्वारा माह मे व्यय की गई राशि का व्यय पत्रक (फॉर्म - बी) व योजना के बैंक खाते की पासबुक भी साथ लाएंगे। व्यय पत्रक के आधार पर पी.एच.सी. की राशि का चेक सुपरवाइजर को उसी दिन प्रदाय करने का दायित्व विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी एवं विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक का होगा।

8.5. इसी प्रकार विकासखण्ड के व्यय एवं प्रगति पत्रक (फॉर्म - सी) एवं पासबुक की प्रति के आधार पर जिला स्तर पर जानकारी संकलित की जाएगी एवं राशि प्रदाय की जाएगी। विकासखण्ड का प्रगति प्रतिवेदन प्रत्येक माह की 3 तारीख तक मुख्य चिकित्सा अधिकारी के कार्यालय मे जमा हो जाना चाहिए।

8.6. मेडिकल कॉलेज अस्पताल के अधीक्षक व सिविल सर्जन द्वारा फॉर्म - डी मे का मासिक प्रगति प्रतिवेदन मुख्य चिकित्सा अधिकारी को अनिवार्य रूप से माह की 3 तारीख तक प्रेषित किया जाए।

8.7. जिले की मासिक संकलित जानकारी फॉर्म - ई मे माह की 5 तारीख तक व्यय पत्रक के साथ मिशन संचालक को मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रेषित की जाएगी। मासिक पत्रक भेजने के पूर्व जिला कार्यक्रम प्रबंधक यह सुनिश्चित करेंगे कि सभी विकासखण्डों व जिला तथ मेडिकल कॉलेज अस्पताल को माह मे व्यय हुई राशि ई-ट्रांसफर कर दी जाए।

9. **लेखा एवं अभिलेख संधारण** :-

9.1. प्रत्येक स्तर पर योजना की राशियों के हस्तांतरण का लेजर संधारित किया जाए। लेजर में विभिन्न संस्थाओं को दिये गए अग्रिम का स्पष्ट लेखा व पावतियों का संधारण किया जाए।

9.2. लेजर का मासिक रूप से सत्यापन राज्य स्तर पर मिशन संचालक द्वारा, जिला स्तर पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा, विकासखण्ड स्तर पर बी.एम.ओ. द्वारा किया जाएगा।

9.3. पी.एच.सी. तथा सी.एच.सी. स्तर पर अग्रिम राशि देने के समय अनिवार्य रूप से संस्था के जे.एस.वाई. खाते की पासबुक की सत्यापित छायाप्रति तथा पूर्व मे प्रदाय की गई राशि के व्यय पत्रक निर्धारित प्रारूप मे अनिवार्य रूप से प्राप्त किये जाएं।

9.4. विकासखण्ड स्तर पर सभी मूल आवेदनों तथा भुगतान शुदा फॉर्म - 2 की डाटा एण्ट्री विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक तथा जिला मुख्यालय के फॉर्म - 2 की डाटा एण्ट्री जिला कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा करायी जाएगी।

10. **समीक्षा एवं निगरानी** :-

- राज्य स्तर पर जननी सुरक्षा योजना की जिलेवार त्रैमासिक समीक्षा की जाएगी।
- जिला स्तर पर जिला स्वास्थ्य समिति की मासिक बैठक मे योजना की अनिवार्य रूप से विकासखण्ड वार समीक्षा की जाए।
- विकासखण्ड स्तर पर प्रत्येक माह के अंतिम शनिवार को योजना की समीक्षा BMO व BPM द्वारा की जाए।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर मेडिकल ऑफीसर द्वारा योजना की समीक्षा माह के तृतीय शनिवार को की जाए।
- BMO व BPM का दायित्व होगा कि वे अनिवार्य रूप से विकासखण्ड मे निराकृत कुल प्रकरणो का कम से कम 5 % भौतिक सत्यापन करें।
- CMHO व DPM का दायित्व होगा कि वे अनिवार्य रूप से विकासखण्ड मे निराकृत कुल प्रकरणो का कम से कम 1 % भौतिक सत्यापन करें तथा प्रत्येक 3 माह मे कम से कम एक बार प्रत्येक विकासखण्ड मे संधारित अभिलेखों का निरीक्षण करें।
- मिशन संचालक राज्य मुख्यालय से समय समय पर निराकृत प्रकरणो का भौतिक सत्यापन कराएंगे। प्रत्येक माह मे राज्य स्तर से रेण्डम आधार पर चयन कर राज्य के 1 % ग्रामों मे योजना का शत प्रतिशत भौतिक सत्यापन कराया जाए।

11. **गतिविधियाँ एवं समय सारणी** :-

योजना के लक्ष्य पूर्ति हेतु आवश्यक होगा कि संलग्न समयसारणी (परिशिष्ट - 6) का पालन सम्बन्धित अधिकारियों द्वारा किया जाए।

उपरोक्त समस्त निर्देशों का पालन करते हुए योजना अंतर्गत लक्ष्यों की पूर्ति सुनिश्चित की जाए।

संलग्न :-

1. परिशिष्ट 1 - जिलेवार लक्ष्य।
2. जे.एस.वाई आवेदन, पावती व वाउचर प्रारूप।
3. प्रगति एवं व्यय पत्रक प्रारूप।
4. विभिन्न स्तर पर उत्तरदायित्व।

(विकास शील)
सचिव, स्वास्थ्य एवं
परिवार कल्याण विभाग
छत्तीसगढ शासन

जननी सुरक्षा योजना

परिशिष्ट - 2

विभिन्न् स्तर पर उत्तरदायित्व

क्रमांक	स्तर	उत्तरदायी अधिकारी	उत्तरदायित्व
1.	जिला स्तर	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	1. सम्पूर्ण दायित्व 2. प्रशिक्षण 3. निगरानी 4. निजी संस्थाओं का संयोजन
		जिला कार्यक्रम प्रबंधक	1. वित्तीय प्रबन्धन 2. प्रपत्रों की व्यवस्था 3. प्रगति पत्रकों का संकलन 4. निजी संस्थाओं को भुगतान 5. जिला मुख्यालय की आंगनबाडी कार्यकर्ताओं को प्रोत्साहन का भुगतान
		सिविल सर्जन	1. जिला अस्पताल में 24 घण्टे प्रसव व्यवसथा 2. परिवहन व्यवस्था 3. जिला अस्पताल में प्रसव होने पर हितग्राही को तत्काल भुगतान
2.	विकासखंड स्तर	विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी	1. सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 24 घण्टे प्रसव की सुविधा 2. विकासखण्ड के कम से कम 2 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों मे 24 घण्टे प्रसव की सुविधा 3. विकासखण्ड हेतु निर्धारित लक्ष्य की पूर्ति 4. सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव होने पर हितग्राही को तत्काल भुगतान 5. प्रशिक्षण 5. निगरानी
	विकासखंड स्तर	विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक	1. वित्तीय प्रबन्धन 2. प्रपत्रों की व्यवस्था 3. प्रगति पत्रकों का संकलन 4. विकासखण्ड की निजी संस्थाओं को भुगतान 5. विकासखण्ड के नगरीय क्षेत्र की आंगनबाडी कार्यकर्ताओं को प्रोत्साहन का भुगतान
3.	प्राथमिक स्वास्थ्य	मेडिकल ऑफीसर	1. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र हेतु निर्धारित लक्ष्य की पूर्ति 2. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में प्रसव होने पर हितग्राही को

	केंद्र स्तर		तत्काल भुगतान 3. प्रशिक्षण 4. निगरानी 5. प्रपत्रों की व्यवस्था 6. प्रगति पत्रकों का संकलन 7. ए.एन.एम को अग्रिम राशि का भुगतान।
		सेक्टर सुपरवाइजर	1. प्रशिक्षण 2. निगरानी 3. प्रपत्रों की व्यवस्था 4. प्रगति पत्रकों का संकलन 5. ए.एन.एम से अग्रिम के समायोजन हेतु दस्तावेज व हिसाब प्राप्त करना
4.	उप स्वास्थ्य केंद्र स्तर	ए.एन.एम.\एम.पी.डब्ल्यू	1. गर्भ का शत प्रतिशत पंजीयन एवं एकीकृत जच्चा बच्चा कार्ड जारी करना 2. गर्भवती महिला की प्रसव पूर्व 3 बार स्वास्थ्य जाँच 3. गर्भवती महिला का टीकाकरण 4. तृतीय ANC के समय हितग्राही महिला का जननी सुरक्षा योजना में पंजीयन व उसे परिवहन राशि का कूपन जारी करना 5. तृतीय ANC के समय मितानिन को प्रवास व्यय का कूपन जारी करना 6. घर पर प्रसव की दशा में हितग्राही को भुगतान 7. बच्चे का BCG टीकाकरण कर (अथवा टीकाकरण की पुष्टि कार्ड से होने पर) मितानिन की प्रोत्साहन राशि का भुगतान 8. मासिक प्रगति प्रतिवेदन तैयार करना
5.	ग्राम स्तर	मितानिन - ग्रामवासी आंगनबाडी कार्यकर्ता - शहर वासी हितग्राही हेतु	1. गर्भवती महिला का पंजीयन कराना 2. महिला को प्रसव पूर्व 3 स्वास्थ्य जाँच कराने व टीकाकरण कराने हेतु प्रेरित करना 3. तृतीय स्वास्थ्य जाँच के समय हितग्राही व ए.एन.एम से समंवय कर परिवहन व मितानिन वाउचर प्राप्त करना 4. संस्थागत प्रसव हेतु महिला को प्रेरित करना व परिवहन की व्यवस्था करना

जननी सुरक्षा योजना

परिशिष्ट - 5
विभिन्न स्तर पर राशि की अग्रिम व्यवस्था

जननी सुरक्षा योजना

स्तर		अग्रिम राशि	अंतरण का दायित्व	अंतरण की समयसीमा
से	को			
राज्य	जिला	प्रत्येक त्रैमास के प्रारंभ मे जिलेवार 3 माह की आवश्यकतानुसार (परिशिष्ट 2 अनुसार)	मिशन वित्त प्रबंधक द्वारा जिला कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा दिये गये व्यय पत्रक के आधार पर	01.03.2009 तथा प्रत्येक त्रैमास के प्रारम्भ मे
जिला	जिला अस्पताल एवं मेडिकल कोलेज चिकित्सालय	रु 2.0 लाख	जिला कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा सिविल सर्जन द्वारा दिये गये व्यय पत्रक के आधार पर ई-ट्रांसफर	प्रत्येक माह की 5 तारीख के पूर्व
जिला	विकासखण्ड	रु 7.15 लाख	जिला कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा दिये गये व्यय पत्रक के आधार पर ई-ट्रांसफर	प्रत्येक माह की 5 तारीख के पूर्व
जिला व विकासखण्ड	निजी मान्यता प्राप्त संस्थाएं	प्रतिदिन भुगतान	जिला कार्यक्रम प्रबंधक एवं विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा	कुरियर के माध्यम से प्रतिदिन
विकासखण्ड	24x7 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	रु 2.0 लाख प्रत्येक प्रा.स्वा.केन्द्र हेतु	विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा मेडिकल ऑफीसर द्वारा दिये गये व्यय पत्रक के आधार पर ड्राफ्ट द्वारा	प्रत्येक माह की चतुर्थ शनिवार तक
विकासखण्ड	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र व निजी संस्थाओं मे होने वाले प्रसव हेतु	रु 2.0 लाख (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को प्रदाय उपरांत शेष)	विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी एवं विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक	प्रत्येक माह की 7 तारीख को
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	ए.एन.एम.	रु 5000 स्थायी अग्रिम	मासिक व्यय पत्रक के आधार पर सेक्टर मेडिकल ऑफीसर\ सेक्टर सुपरवाइजर द्वारा इस प्रकार कि प्रत्येक माह के प्रारंभ मे ए.एन.एम. के पास रु 5000 अग्रिम उपलब्ध रहे	प्रत्येक माह के तृतीय शनिवार को

परिशिष्ट - 4

योजना मे अनुमत विभिन्न व्यय व अधिकारों का प्रत्यायोजन

क्रं	व्यय का स्वरूप	सक्षम अधिकारी		व्यय का मापदण्ड
1.	हितग्राही महिला को शासकीय संस्था मे प्रसव पर भुगतान	उपस्वास्थ्य केन्द्र व प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	सेक्टर मेडिकल ऑफीसर	ग्रामीण क्षेत्र की निवासी महिला को रु 1400 प्रति प्रकरण तथा शहरी क्षेत्र की निवासी महिला को रु 1000 प्रति प्रकरण
		सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	बी.एम.ओ. व बी.पी.एम.	
		जिला अस्पताल	सिविल सर्जन	
		मेडिकल कॉलेज चिकित्सालय	अस्पताल अधीक्षक	
2.	हितग्राही महिला को निजी संस्था मे प्रसव पर भुगतान	जिला मुख्यालय पर स्थित संस्थाओं हेतु	जिला कार्यक्रम प्रबंधक कुरियर के माध्यम से	कंडिका 1 अनुसार
		अन्य संस्थाओं हेतु	सम्बन्धित विकासखण्ड कार्यक्रम प्रबंधक कुरियर के माध्यम से	
3	हितग्राही को परिवहन व्यय (स्वयं के साधन से आने पर)	शासकीय संस्थाओं हेतु	कंडिका 1 अनुसार	रु 250 प्रति प्रकरण केवल ग्रामीण क्षेत्र की निवासी महिला को
		निजी संस्थाओं हेतु	कंडिका 2 अनुसार	
4	सिजेरियन प्रसव हेतु विशेषज्ञ को भुगतान	केवल शासकीय संस्थाओं मे	सम्बन्धित बी.एम.ओ या सिविल सर्जन या अस्पताल अधीक्षक (मेडि. कॉ.) जहाँ प्रसव हुआ हो	रु 1500 प्रति प्रकरण की सीमा तक
5	गंभीर प्रसव की महिलाओं के रेफेरल हेतु परिवहन	केवल शासकीय संस्थाओं मे	सम्बन्धित बी.एम.ओ या सिविल सर्जन या अस्पताल अधीक्षक (मेडि. कॉ.) जिस संस्था हेतु रेफर किया गया हो	रु 500 प्रति प्रकरण की सीमा तक
6	निजी संस्थाओ को प्रशासनिक व्यय	सभी मान्यता प्राप्त निजी संस्थाओं को	कंडिका 2 अनुसार	रु 100 प्रति प्रकरण
7	निजी संस्थाओं मे हितग्राही को भुगतान हेतु कुरियर	सभी मान्यता प्राप्त निजी संस्थाओं को	कंडिका 2 अनुसार	रु 20 प्रति प्रकरण
8	मितानिन को प्रोत्साहन	सभी संस्थागत प्रसव	ए.एन.एम.	रु 200 प्रति प्रकरण
9	नगरीय क्षेत्र मे आंगनबाडी कार्यकर्ता को प्रोत्साहन	सभी संस्थागत प्रसव	कंडिका 2 अनुसार	रु 200 प्रति प्रकरण
10	मितानिन\आंगनबाडी कार्यकर्ता को प्रवास व्यय	हितग्राही के साथ आने की दशा मे	संस्था से कंडिका 1 व 2 अनुसार	रु 250 प्रति प्रकरण केवल ग्रामीण क्षेत्र की निवासी महिला के प्रकरण मे

जननी सुरक्षा योजना
निजी संस्थाओं की मान्यता हेतु आवेदन्

प्रति, परिषिष्ट - 3

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला _______________,
छत्तीसगढ।

महोदय,
जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत मान्यता हेतु मेरी संस्था की जानकारी निन्मानुसार है :-

1. संस्था का नाम :- ____
2. संस्था का पूरा पता :- ____
   ग्राम\नगर ____________________ जिला ______________________
3. दूरभाष क्रमांक(Land line with STD code) :- _____________ ई-मेल_____________@_______
4. संस्था जिला मुख्यालय पर स्थित है? हाँ\नही
5. संस्था मे उपकरणों की उपलब्धता :-

क्रमांक	उपकरण	उपलब्धता	निरीक्षण कर्ता की अभ्युक्ति
1	बेबी वार्मर (Baby warmer)	है \ नही है	है \ नही है
2	अम्बूबैग (Ambubag)	है \ नही है	है \ नही है
3	वजन मशीन (Pediatric Weighing scale)	है \ नही है	है \ नही है
4	सक्शन मशीन (Suction machine)	है \ नही है	है \ नही है
5	नवजात शिशु के उपचार हेतु आवश्यक औषधियाँ	है \ नही है	है \ नही है
6	अन्य :-		

6. संस्था मे कार्यरत स्टाफ की जानकारी :-

पद	नाम व पिता\पति का नाम	योग्यता	कब से कार्यरत (तिथि)
चिकित्सक			
स्टाफ नर्स			
ए.एन.एम.			
अन्य			

7. महोदय मैने योजना के सभी प्रावधानो को समझ लिया है व मै योजना अंतर्गत प्रावधानित प्रशासनिक व्यय रु 100 प्रति प्रकरण से सहमत हूँ। मैं योजना के हितग्राही को योजना की सभी सुविधाएं प्रदान करूंगा\करूंगी तथा फार्म - 2 मे प्रत्येक प्रकरण मे विवरण संधारित करूंगा\करूंगी तथा हितग्राही व मितानिन को भुगतान हेतु समस्त सहायता करूंगा\करूंगी॥

दिनांक : _____________ हस्ताक्षर आवेदनकर्ता ___________________
स्थान : ______________ आवेदन कर्ता का पूरा नाम _________________

कार्यालय मुख्यचिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला ______________________

छतीसगढ

संस्था का पंजीयन क्रमांक : _____________________________

एतद्वारा चिकित्सा संस्था _____________________________________ को जननी सुरक्षा योजना के अंतर्गत निम्ंलिखित शर्तो के अधीन मान्यता प्रदान की जाती है :-

1. संस्था द्वारा प्रसव हेतु चिकित्सालय मे भर्ती होने वाली महिलाओं की एक पृथक सूची संधारित की जाएगी।

2. यदि महिला योजना अंतर्गत उसे जारी की गई रेफेरल स्लिप लेकर नही आती है तो निर्धारित फॉर्म - 1 मे स्लिप तैयार कर समस्त विवरण भरे जाएंगे। प्रत्येक प्रकरण मे प्रसव से सम्बन्धित समस्त विशिष्टियाँ फार्म - 2 मे 3 प्रति मे भरी जाएंगी।

3. प्रसव उपरांत महिला को 24 घण्टे के पूर्व डिस्चार्ज नही किया जाएगा।

4. डिस्चार्ज के पूर्व नवजात शिशु को बी.सी.जी. का टीका अनिवार्य रूप से लगाया जाएगा। तथा अनिवार्य रूप से बच्चे का टीकाकरण कार्ड आगामी टीकों की तिथियों का उल्लेख कर महिला को समझाइश के साथ दिया जाएगा।

5. महिला, मितानिन व आंगनबाडी कार्यकर्ता को महिला के डिस्चार्ज के पूर्व भुगतान कराया जाएगा। डिस्चार्ज के समय डिस्चार्ज स्लिप के साथ साथ फॉर्म - 2 की एक प्रति भी महिला को दी जाएगी।

6. उस स्टाफ व उन उपकरणों, जिनका उल्लेख आवेदन पत्र मे किया गया है व जिनके आधार पर मान्यता प्रदान की गयी है की सतत उपलब्धता बनाए रखने का दायित्व संस्था का होगा।

7. संस्था को भुगतान शुदा फॉर्म - 2 की प्रति प्रस्तुत करने पर रु 100 प्रति प्रकरण की दर से प्रशासनिक व्यय का भुगतान मासिक रूप से किया जाएगा। परन्तु 3 माह से अधिक पुराना भुगतान (इस अवधि मे क्लेम न किये जाने पर) नही किया जाएगा।

8. संस्था द्वारा PNDT Act के प्रावधानो का पालन किया जाएगा।

9. संस्था का निरीक्षण छतीसगढ शासन अथवा मुख्य चिकित्सा अधिकारी या उनके प्रतिनिधि के द्वारा किया जा सकेगा।

स्थान ____________ हस्ताक्षर मुख्य चिकित्सा अधिकारी _____________

दिनांक ___________ नाम _____________ पद मुद्रा ________________

ए.एन.एम .द्वारा भरा जाए

जे.एस.वाई .पंजीयन क्रमांक :विकासखण्ड ___________ग्राम _____________
सरल कमांक __________________

जननी सुरक्षा योजना

आवेदन पत्र

(हितग्राही द्वारा ए.एन.एम. को दिया जाए)

1. आवेदिका का नाम : _______________________________________
   पिता\पति का नाम : _______________________________________
2. आयु : [ ][ ]
3. जाति : सामान्य\अन्य पिछडा वर्ग\अनुसूचित जाति\अनुसूचित जनजाति ________________
4. गरीबी रेखा के नीचे के परिवार की सदस्य है ? हाँ \ नही
   यदि हाँ तो -
   4.1.परिवार के मुखिया का नाम : __________________________

   4.2.मुखिया के पिता\पति का नाम : __________________________
   4.3.मुखिया से आवेदिका का रिश्ता : _________________________
   4.4.गरीबी रेखा की सूची मे सरल क्रमांक : ______________________
   (राशनकार्ड मे छपा हुआ क्रमांक भरा जाए)
5. आवेदिका का पूरा पता : मकान नं : ____________, मोहल्ला\टोला\पारा : ________________
   ग्राम : ____________, ग्राम पंचायत\नगर : ________________
   विकासखण्ड : _______________, तहसील _________________
   जिला : __________________________
6. मितानिन का नाम : __________________ पिता\पति का नाम : ___________________
   ग्राम : _______________
7. उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है तथा मैने ए.एन.एम. से संस्थागत प्रसव हेतु जननी सुरक्षा योजना की रेफेरल पर्ची प्राप्त की।

अंगूठा निशान की दशा मे - हस्ताक्षर\अंगूठा निशान हितग्राही ______________

हस्ता. साक्षी क्र 1 : ______________________ हस्ता. साक्षी क्र 2 : ______________________

जननी सुरक्षा योजना

(फॉर्म - 1)

रेफेरल स्लिप, परिवहन वाउचर एवं पावती

(ए.एन.एम. ___________ (नाम) द्वारा जारी

आज दिनांक ___________ को आवेदिका ________________ निवासी ग्राम ___________ विकासखण्ड ____________ जिला _________________ का जननी सुरक्षा योजना अंतर्गत आवेदन पंजीयन क्रमांक _______________ प्राप्त किया। आवेदिका का गर्भ पंजीयन क्रमांक _________ है।

आवेदिका को यह वाउचर संस्थागत प्रसव की दशा मे संस्था मे प्रस्तुत करने पर निम्नानुसार की राशि प्राप्त करने की पात्रता है :-

योजना अंतर्गत हितग्राही को राशि : रु 1400
परिवहन व्यय : रु 250 (स्वयं के साधन से आने पर)

1. संस्थागत प्रसव हेतु संस्था का नाम : __________________________________

2. महिला का स्वास्थ्य जाँच विवरण :

2.1. आयु : ________ वर्ष _____________ माह
2.2. गर्भ पंजीयन की तिथि : _____________गर्भ पंजीयन क्रमांक : ______________
2.3. महिला का वजन : _______________ किग्रा । कद : _______ फीट ______ इंच
2.4. प्रसव पूर्व जाँच तिथि : प्रथम ___________ द्वितीय _____________ तृतीय __________
2.5. प्रसव की संभावित तिथि : _______________
2.6. टिटनेस टीकाकरण दिनांक : प्रथम ______________ द्वितीय ______________
2.7. पूर्व से संतानों की संख्या : बालक _______ बालिकाएं _______ योग ___________
2.8. क्या पूर्व मे सभी प्रसव प्राकृतिक हुए हैं? हाँ \ नही
2.9. महिला को आयरन व फोलिक एसिड की गोलियाँ दी गयीं? हाँ \ नही
यदि हाँ तो - तिथि _______________ संख्या ______________________
2.10 महिला से संयोजित मितानिन का नाम : ____________________________
मितानिन के पिता\पति का नाम : ____________________________
मितानिन का हस्ताक्षर नमूना : ____________________________

उप स्वास्थ्य केन्द्र _______________________ हस्ता ए.एन.एम. _____________________

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र __________________ नाम ए.एन.एम. ______________________

प्रसव का विवरण

(जननी सुरक्षा योजना - फॉर्म -2)

जे.एस.वाई पंजीयन क्रमांक ___________

1. प्रसव का स्थान : संस्था \ घर पर
2. संस्था का नाम : ___________________________________
3. प्रसव की तिथि : __________________________________
4. प्रसव हेतु भर्ती की तिथि : _________________________ भर्ती पंजीयन क्र. ___________
5. प्रसव का प्रकार : प्राकृतिक \ सिजेरियन
6. चिकित्सक का नाम : ______________________________
7. स्टाफ नर्स का नाम : __________________________ दाई का नाम __________________
8. ए.एन.एम का नाम : ______________________________
9. नवजात शिशु का लिंग : बालक \ बालिका
10. नवजात शिशु का वजन : ___________ किग्रा _________ ग्राम
11. शिशु को बी.सी.जी का टीका लगाया गया? हाँ \ नही
12. महिला के डिसचार्ज की तिथि : ______________________
13. प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती ____________________ पति श्री _________________ को इस संस्था मे प्रसव कराने पर जननी सुरक्षा योजना अंतर्गत राशि रु 1400 / 1650 /1000 निम्नलिखित साक्षियो के समक्ष भुगतान की गई। अथवा घर पर प्रसव की दशा मे पात्रता है व रु 500 का भुगतान किया गया।

उपरोक्त जानकारी सही है व मैने राशि रु __________ प्राप्त की ।
हस्ता हितग्राही _________________________

14. महिला को प्रसव हेतु मितानिन श्रीमती\ कु. ________________ पिता\पति ______________ साथ लेकर आईं व उन्हे रु 150 का भुगतान किया गया।

उपरोक्त जानकारी सही है व मैने राशि रु __________ प्राप्त की ।
(घर पर प्रसव की दशा मे लागू नही) हस्ता मितानिन _________________________

उपरोक्त विवरण महिला के स्वास्थ्य कार्ड मे अंकित किये गए? हाँ \ नही

हस्ता साक्षी क्र 1 : ____________________ हस्ता नर्स \ ए.एन.एम. : _________________

हस्ता साक्षी क्र 2 : ____________________ हस्ता चिकित्सक : _________________

जननी सुरक्षा योजना

परिशिष्ट - 6

योजना क्रियान्वयन हेतु गतिविधियाँ व समयसीमाएं

क्रं	गतिविधि		उत्तरदायी अधिकारी	समय सीमा से तक
1	प्रशिक्षण	जिलाधिकारियों का प्रशिक्षण	MD, NRHM	19.02.2009
		कुशल प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण	MD, NRHM	25.02.2009
		विकासखण्ड अधिकारियों का प्रशिक्षण	CMHO	28.02.2009
		विकासखण्ड स्तर पर प्रशिक्षण	BMO (DPM to supervise)	15.03.2009
2	बैंक खाते	जिला स्वास्थय समिति, जिला अस्पताल, मे.कॉ. अस्पताल	CMHO & DPM, Civil Surgeon, Hosp. Superintendent	28.02.2009
		CHC	BMO & BPMO	28.02.2009
		PHC	MO	15.03.2009
3.	प्रपत्र मुद्रण	1. JSY application form	Printing and supply upto district level – SPM, NRHM Distribution at all levels in the district-DPM	Printing orders up to 28.02.2009 delivery up to 15.03.2009 supply to districts up to ANM level 31.03.2009
		2. Referal slip (form 1 & 2) booklets		
		3. Reporting formats booklets for ANMs and others		
		4. JSY register at PHC, CHC, DH & MCH level.		
4.	निजी	1. जिला स्तर पर निजी संस्थाओं की बैठक	CMHO	26.02.2008
	संस्थाओं	2. मान्यता हेतु आवेदन प्राप्त करना	CMHO\DPM	ASAP
	का	3. संस्था का निरीक्षण	CMHO\DHO\DPM\CS	Within 3 days
	संयोजन	4. मान्यता प्रमाणपत्र जारी करना		Within 7 days
5	प्रसव सुविधाओं का विकास	1. स्वीकृत 96 FRU का कार्य पूर्ण करना :- a. सिविल कार्य	BMO	31.03.2009
		b. उपकरणों की व्यवस्था	DFW	30.04.2009
		c. स्टाफ का युक्तियुक्तकरण	DHS	30.06.2009
		d. Multiskilling प्रशिक्षण i. चयन	DFW	15.03.2009
		ii. प्रशिक्षण	DFW	31.07.2009