

# रक्तकोष स्थापना हेतु राज्य रक्त संचरण परिषद से प्राप्त किए जाने वाले अनापत्ति प्रमाण-पत्र हेतु

(वालण्टरी/चैरिटेबल संस्था हेतु)

## आवेदन पत्र प्रपत्र-A

- रक्तकोष का नाम:-----
  - रक्तकोष का पूर्ण पता:-----पिन नं.:-----  
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
- रक्तकोष का प्रकार:1. होल ब्लड:----- 2. कम्पोनेंट:----- 3. एफरेसिस:-----
- रक्तकोष संचालित करने वाली संस्था (सोसाइटी/ट्रस्ट) का नाम:-----
  - पूर्ण पता:-----पिन नं.:-----  
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
- संस्था का प्रकार: सोसाइटी/ट्रस्ट/अन्य:----- पारिवारिक सोसाइटी/ट्रस्ट:----- चैरिटेबल/वालण्टरी:-----
- संस्था के पंजीकरण की संख्या:-----
  - संस्था की पंजीकरण अवधि (तिथि):----- से ----- तक
  - संस्था कम से कम 02 वर्ष पुरानी है: हाँ----- नहीं-----
  - संस्था का पंजीकरण वर्तमान में वैध है: हाँ----- नहीं-----
- आवेदनकर्ता का नाम:-----
  - पूर्ण पता:-----पिन नं.:-----  
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:----- आधार नं0-----
- रक्तकोष स्थापना का उद्देश्य/आवश्यकता:-----
- संस्था द्वारा कृत कार्यो (स्वास्थ्य/ब्लड ट्रांसफ्यूजन सर्विसेज/स्वैच्छिक रक्तदान सम्बन्धी) का अनुभव (वर्ष में):-----
- संस्था द्वारा कृत कार्यो (स्वास्थ्य/ब्लड ट्रांसफ्यूजन सर्विसेज/स्वैच्छिक रक्तदान सम्बन्धी) का विवरण जो स्वास्थ्य विभाग के साथ मिलकर किए गए हों (विगत दो वर्षों का पूर्ण विवरण संलग्न करें):-----
- स्थापित होने वाले रक्तकोष से निकटतम अन्य रक्तकोष की दूरी:----- किमी0
- आपूर्ति क्षेत्र में स्थापित चिकित्सालयों का विवरण (निम्न सूचना सम्बन्धित चिकित्सालय द्वारा प्राप्त कर भरा जाय):--

चिकित्सालय नाम	कुल बिस्तरों की संख्या	कुल सर्जरी की संख्या (प्रतिवर्ष)	कुल रक्त यूनिट की आवश्यकता (प्रतिवर्ष)
- रक्तकोष द्वारा एक वर्ष में संग्रहीत किये जाने वाले कुल रक्त यूनिटों का लक्ष्य:-----
- क्या पूर्व में संस्था ने कभी भी रक्तकोष संचालित किया है, यदि हाँ तो विवरण दें:--
  - रक्तकोष का नाम एवं पता:-----
  - लाइसेन्स की संख्या व तिथि-----
  - यदि रक्तकोष अक्रियाशील/लाइसेंस निरस्त है तो कारण (विवरण संलग्न करें):-----
- संस्था के मेमोरेण्डम ऑफ एसोसिएशन में हेल्थ केयर सिस्टम/ब्लड ट्रांसफ्यूजन सर्विसेज का बिन्दु उल्लिखित है: हाँ----- नहीं:----- जोकि मेमोरेण्डम ऑफ एसोसिएशन के पृष्ठ संख्या:----- पर बिन्दु अंकित है।

संलग्नक- सूची अनुसार।

दिनांक:-----

आवेदक के हस्ताक्षर व मुहर

नोट:आवेदन ऑनलाइन भरे जायेंगे।

आवेदन पत्र के साथ प्रेषित किए जाने वाले स्व-प्रमाणित संलग्नक

<u>संलग्नक अपलोड करने का उत्तर हों या नहीं मैं दें</u>	हों	नहीं
1. संस्था के पंजीकरण एवं मेमोरेण्डम ऑफ एसोसिएशन की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
2. संस्था की विगत दो वर्षों की ऑडिट रिपोर्ट की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
3. संस्था की विगत दो वर्षों की आई.टी. रिटर्न की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
4. संस्था द्वारा रक्तकोष पर किए गये अनुमानित व्यय एवं उसके स्रोत की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
5. संस्था द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र/ब्लड ट्रांसफ्यूजन सर्विसेज/स्वैच्छिक रक्तदान के क्षेत्र में कृत कार्यों का विवरण (अलग पृष्ठ पर) जो स्वास्थ्य विभाग के साथ मिलकर किए गए हों (अखबार की कटिंग, फोटोग्राफ, प्रशस्ति प्रपत्र एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी से सत्यापित गतिविधियों का विवरण आदि) की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
6. रक्त यूनिटों/अवयवों हेतु लिए जाने वाले शुल्क के वर्तमान शासनादेश की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
7. रक्तकोष का साइट मैप।		
8. एस0बी0टी0सी0 को प्रोसेसिंग शुल्क के रूप में देय धनराशि ₹1000/- RTGS/NEFT की रसीद की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
9. रक्तकोष हेतु नामित स्टाफ की सूची (चिकित्साधिकारी, सुपरवाइजर, लैब टैक्निशियन, स्टाफ नर्स, मेडिकल सो" ल वर्कर (MSW) एवं काउंसलर आदि)		
10. प्री एवं पोस्ट टेस्ट काउंसलिंग तथा रक्तदान हेतु रक्तकोष में मेडिकल सो" ल वर्कर (MSW) एवं काउंसलर की नियुक्ति तथा प्रशिक्षण प्रमाण-पत्र की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
11. आपूर्ति क्षेत्र में स्थापित चिकित्सालयों (आवेदन-पत्र के बिन्दु-11 पर पूछे गये चिकित्सालय से सम्बन्धित) का विवरण।		
12. पूर्व में संचालित रक्तकोष के अक्रियाशील/लाइसेंस रद्द होने की स्थिति में कारण व उससे सम्बन्धित प्रपत्र की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
13. ₹100 के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित निम्न शर्तों का शपथ-पत्र:-		

- औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 में दिए गए सभी प्राविधानों व नियमों का अनुपालन किया जाएगा।
- राज्य रक्त संचरण परिषद (एस0बी0टी0सी0) द्वारा समय-समय पर निर्गत दिशा-निर्देशों का अनुपालन किया जाएगा।
- रक्तदाता से लिए गए रक्त की नियमानुसार जांच (एच.आई.वी., हेपेटाइटिस-बी व सी, सिफिलिस एवं मलेरिया आदि) उपरान्त ही रक्त यूनिट/रक्त अवयव निर्गत किए जाएंगे।
- उ0प्र0 शासन द्वारा प्रति यूनिट रक्त हेतु निर्धारित दर ही प्रोसेसिंग शुल्क के रूप में ली जाएगी तथा दर से सम्बन्धित विवरण एवं शासनादेश में इंगित निःशुल्क लाभार्थियों की श्रेणी रक्तकोष में स्वागत/आगन्तुक कक्ष पर निर्धारित मानकों के अनुरूप स्वच्छता से प्रदर्शित किया जाएगा।
- पेशेवर रक्तदाताओं को चिन्हित करने का पूर्ण प्रयास किया जाएगा तथा पेशेवर रक्तदाता से किसी भी दशा में रक्त नहीं लिया जाएगा।
- रक्तकोष द्वारा रक्त अवयव पृथक्कीकरण इकाई (बी.सी.एस.यू.) अथवा कम्पोनेंट स्टोरेज यूनिट भी स्थापित की जा रही है अथवा आगामी दो वर्षों में स्थापित कर ली जाएगी तथा स्थापना उपरान्त सूचना राज्य रक्त संचरण परिषद को दी जाएगी।
- रक्तकोष द्वारा एक वर्ष में 2000 यूनिट से अधिक रक्त संग्रहण का लक्ष्य निर्धारित किया गया है एवं लगभग 100 प्रतिशत रक्त स्वैच्छिक रक्तदान व अधिकाधिक आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों से एकत्रित किया जायेगा। जब तक राज्य रक्त संचरण परिषद द्वारा अनापत्ति प्रमाण-पत्र प्राप्त नहीं होगा तब तक आउटरीच स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों का आयोजन नहीं किया जाएगा एवं रक्तदान शिविरों का फोटोग्राफ तथा रिपोर्ट की छायाप्रति परिषद को प्रेषित की जाएगी। आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों के उपरान्त उसका विवरण निर्धारित प्रारूप (प्रपत्र C-1) पर ससमय राज्य रक्त संचरण परिषद, उ0प्र0 को प्रेषित किया जायेगा।
- रक्तकोष द्वारा प्रत्येक माह की 05 तारीख तक आनलाइन मासिक सूचना ([www.sims.naco.gov.in](http://www.sims.naco.gov.in)) अनिवार्य रूप से की जायेगी।
- रक्तकोष द्वारा प्रतिदिन प्रातः 8:00 A.M. बजे तक रक्त/रक्त अवयव का विवरण ई-रक्तकोष पोर्टल ([www.eraktkosh.in](http://www.eraktkosh.in)) के माध्यम से अनिवार्य रूप अपडेट की जायेगी।
- भारत सरकार द्वारा निर्धारित दर पर अतिरिक्त प्लाज्मा की आपूर्ति की जाएगी एवं नियमों का पालन किया जाएगा तथा प्रारूप:M-1 पर प्रत्येक माह की 5 तारीख तक रिपोर्ट आनलाइन प्रेषित की जाएगी।
- रक्त/रक्त अवयव को कालातीत होने से बचाने के लिए भारत सरकार द्वारा निर्धारित रक्त की Bulk Transfer Policy का पूर्णतः पालन किया जायेगा एवं उसमें दिये गये नियमों के अन्तर्गत रक्त का स्थानान्तरण किया जायेगा। प्रदेश के अन्दर स्थानान्तरित रक्त यूनिटों की सूची राज्य रक्त संचरण परिषद, उ0 प्र0 एवं अन्तर्राज्यीय रक्त स्थानान्तरण की सूची एन.बी.टी.सी. को प्रेषित की जायेगी। तथा प्रारूप-M-2 पर माहवार विवरण आनलाइन प्रत्येक माह की 5 तारीख तक प्रेषित किया जाएगा।

12. रक्तकोष द्वारा प्रत्येक माह की 05 तारीख तक रक्तकोष द्वारा निःशुल्क लाभान्वित किये गये लाभार्थियों का विवरण प्रारूप-M-3 पर आनलाइन प्रेषित किया जायेगा।
13. राज्य रक्त संचरण परिषद के सदस्य अथवा अधिकृत प्रतिनिधि द्वारा रक्तकोष निरीक्षण के समय पूर्ण सहयोग प्रदान किया जाएगा।
14. संस्था का नवीनीकरण किये जाने, पंजीकरण रद्द होने या कारण बताओ नोटिस की दशा में 07 दिवस के अन्दर परिषद को सूचित किया जाएगा।
15. संस्था/संस्थापक के विरुद्ध पूर्व में अथवा वर्तमान में किसी भी गैर कानूनी कार्य में प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से संलिप्तता नहीं रही है। पूर्व में कभी भी रक्तकोष का कोई लाइसेंस/प्रार्थनापत्र निरस्त नहीं किया गया है।
16. रक्तकोष द्वारा क्वालिटी एसोरेंस का पालन किया जाएगा।
17. आवेदन पत्र के साथ अंकित सूचना का अवलोकन कर लिया गया है।

मैं घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत समस्त सूचनाएं व प्रपत्र सत्य तथा पूर्ण हैं। सूचना असत्य या अपूर्ण पाये जाने की दशा में आवेदन-पत्र कभी भी निरस्त किया जा सकता है।

## आवेदक के हस्ताक्षर व मुहर

### सूचना

1. संस्थान के नाम पर ही रक्तकोष के नाम रखा जायेगा एवं रक्तकोष के नाम में वालण्टरी/चैरिटेबल शब्द जोड़ना अनिवार्य है। खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन विभाग को लाइसेंस हेतु आवेदन करते समय अनापत्ति प्रमाण-पत्र प्राप्त किये गये नाम से ही लाइसेंस हेतु आवेदन किया जायेगा।
2. रक्तकोष लाइसेंस प्राप्ति उपरान्त राज्य रक्त संचरण परिषद, उ0प्र0 से पंजीकरण तथा गूगल मैप पर रक्तकोष की Location (स्थान) दर्शाने के उपरान्त ही रक्तकोष का संचालन किया जायेगा।
3. राज्य रक्त संचरण परिषद को आवेदन के प्रोसेसिंग शुल्क के रूप में ₹1000/- की धनराशि बैंक ऑफ बड़ौदा के खाता संख्या: ..... आई0एफ0एस0 कोड: ..... में जमा करना है।
4. आवेदन ऑनलाइन भरे जायेंगे तथा 07 कार्यदिवस में शपथ-पत्र की मूल प्रति एवं अन्य प्रपत्र की सत्यापित प्रतिलिपि परिषद कार्यालय में जमा कराने पर ही आवेदन स्वीकार किया जायेगा। 07 कार्यदिवस के अन्दर प्रपत्र प्राप्त न होने पर अथवा अपूर्ण पाये जाने पर आवेदन-पत्र स्वतः निरस्त माना जायेगा। निरस्त होने की दशा में पुनः निर्धारित शर्तों के साथ आवेदन किया जा सकता है।
5. किसी भी विवाद की स्थिति में अन्तिम निर्णय राज्य रक्त संचरण परिषद का होगा।

पत्र व्यवहार का पता

## राज्य रक्त संचरण परिषद, उत्तर प्रदेश

चतुर्थ तल, ए-ब्लॉक, पिकप भवन, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ-226 010

दूरभाष: 0522-2720360 फ़क्स: 0522-2721135

ई-मेल: bsupsacs@gmail.com एवं बेबसाइट: www.sbtcup.org