

ଜିଲ୍ଲାପାଳଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ, ନୂଆପଡ଼ା
(ସମାଜ କଲ୍ୟାଣ ଶାଖା)

Inviting Expression of Interest for selection of WSHG for taking different activities
under Health Sector in Nuapada District

ପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା..... 482 / ତାରିଖ..... 20.07.22

ଚଳିତ ଆର୍ଥିକ ବର୍ଷରେ ନୂଆପଡ଼ାର ବିଭିନ୍ନ ଚିକିତ୍ସାଳୟ ଯଥା- ଜିଲ୍ଲା ଚିକିତ୍ସାଳୟ,
ଉପଖଣ୍ଡ ଚିକିତ୍ସାଳୟ, ଗୋଷ୍ଠୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କେନ୍ଦ୍ର ଗୁଡ଼ିକରେ ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ମାଧ୍ୟମରେ ବିଭିନ୍ନ
ପ୍ରକାରର ସେବା ଯଥା-

- ୧) Supply of Hospital Diet- CHC, Khariar Road
 - ୨) Attendant Rest Shed- DHH, Nuapada
 - ୩) Operation of Hospital Canteen- SDH, Khariar, CHC, Kharia Road, CHC,
Komna, CHC, Sinapali & CHC, Boden
 - ୪) Management of Hospital Garden- DHH, Nuapada
- ଯୋଗାଇ ଦେବା ପାଇଁ ଦରଖାସ୍ତ ଆହ୍ୱାନ କରାଯାଉଛି । ଇଚ୍ଛୁକ ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/
ଫେଡରେଶନ ଏହି ବିଜ୍ଞପ୍ତି ପ୍ରକାଶନର ୧୫ ଦିନ କାର୍ଯ୍ୟ ଦିବସ ମଧ୍ୟରେ ଅର୍ଥାତ ଆସନ୍ତା ୦୭/୦୮/୨୦୨୨
ସୁଧା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଶିଶୁ ବିକାଶ ଯୋଜନା ଅଧିକାରୀଙ୍କ(ନୂଆପଡ଼ା/ କୋମନା/ ଖରିଆର/ ବୋଡେନ/
ସିନାପାଲି) କାର୍ଯ୍ୟାଳୟରେ ଆବେଦନ ବା ଦରଖାସ୍ତ କରିପାରିବେ ।

ଏହାର ବିସ୍ତୃତ ବିବରଣୀ ଜିଲ୍ଲା ୱେବସାଇଟ www.nuapada.nic.in ରେ ଉପଲବ୍ଧ ।

(କ) ଦରଖାସ୍ତ ଜାରି କରିବାର ତାରିଖ- ୨୦ /୦୭ /୨୦୨୨

(ଖ) ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଶିଶୁ ବିକାଶ ଯୋଜନା ଅଧିକାରୀଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟରେ ଆବେଦନ ବା ଦରଖାସ୍ତ
କରିବାର ଶେଷ ତାରିଖ- ୦୭ /୦୮ /୨୦୨୨

(ଗ) ଦରଖାସ୍ତ ଗୁଡ଼ିକର ବୁକ୍ସରୀୟ କମିଟି ଦ୍ୱାରା ଯାଞ୍ଚ ତାରିଖ- ୦୮ /୦୮ /୨୦୨୨

(ଘ) ବୁକ୍ସରୀୟ କମିଟି ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତୁତ ତାଲିକାର ଜିଲ୍ଲା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟକୁ ପ୍ରେରଣ ତାରିଖ -
୧୦ /୦୮ /୨୦୨୨

ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ କଲ୍ୟାଣ ଅଧିକାରୀ

ନୂଆପଡ଼ା
District Social Welfare Officer
Nuapada

ଆବେଦନ ନିମନ୍ତେ ନିୟମାବଳୀ

- ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ (WSHG) ଅତି କମରେ ଗଠନ ତାରିଖରୁ ୧ ବର୍ଷ ହୋଇଥିବ ।
- ଦରଖାସ୍ତକାରୀ ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ (WSHG) ଫେଡରେଶନରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇଥିବେ ।
- ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ସେହି ବ୍ଲକର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇଥିବେ (preference will be given to WSHG belongs to same GP/ Village)
- ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ (WSHG) ନିୟମିତ ପଞ୍ଚସୂତ୍ର ପାଳନ କରୁଥିବେ ।
- ନିୟମିତ ଜମା ସହିତ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାର ନିୟମିତ କାରବାର କରୁଥିବେ ।
- ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ପୂର୍ବରୁ bank loan ନେଇ ନିୟମିତ ପରିଶୋଧ କରୁଥିବେ ।
- ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ସଭା ବିବରଣୀ ଖାତା, ହିସାବ ଖାତା ଓ ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ ନିୟମିତ ପୂରଣ କରୁଥିବେ ।
- ଜିଲ୍ଲାସ୍ତରୀୟ କମିଟି ଦ୍ୱାରା ସୁପାରିସ ଏବଂ ଜିଲ୍ଲାପାଳଙ୍କ ଅନୁମୋଦନ କ୍ରମେ ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀକୁ ଚୟନ କରାଯିବ ।

Constitute of Block Level Selection Committee

- 1) Block Development Officer (BDO)- Chairperson
- 2) Child Development Project Officer (CDPO)- Member Convenor
- 3) BPM, NHM/ Medical Officer- Member
- 4) Block Project Coordinator & Block Project Manager, Mission Shakti- Member

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା-.....483...../ ତାରିଖ-20.07.22.....

ଏହାର ଏକ କିତା ନକଲ ଗୋଷ୍ଠୀ ଉନ୍ନୟନ ଅଧିକାରୀ ଦୁଆପଡା, କୋମନା, ଖରିଆର, ବୋଡେନ, ସିନାପାଲୀ / ଶିଶୁ ବିକାଶ ପ୍ରକଳ୍ପ ଅଧିକାରୀ ଦୁଆପଡା, କୋମନା, ଖରିଆର, ବୋଡେନ, ସିନାପାଲୀ / All BPM, NHM/ Medical Officerଙ୍କ ଅବଗତି ଓ ବିହିତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ଗ୍ରହଣ ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣା କରାଗଲା ।

ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ କଲ୍ୟାଣ ଅଧିକାରୀ

ଦୁଆପଡା
District Social Welfare Officer
Nuapada

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା-.....484...../ ତାରିଖ-20.07.22.....

ଏହାର ଏକ କିତା ନକଲ ପ୍ରକଳ୍ପ ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ, DRDA, ଦୁଆପଡା/ ଜିଲ୍ଲା ମୁଖ୍ୟ ଚିକିତ୍ସାଳୟ ଅଧିକାରୀ, ଦୁଆପଡା/ ଉପଖଣ୍ଡ ମୁଖ୍ୟ ଚିକିତ୍ସାଳୟ ଅଧିକାରୀ, ଖରିଆର/ DPM, NHM ଦୁଆପଡାଙ୍କ ଅବଗତି ଓ ବିହିତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ଗ୍ରହଣ ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣା କରାଗଲା ।

ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ କଲ୍ୟାଣ ଅଧିକାରୀ

ଦୁଆପଡା
District Social Welfare Officer
Nuapada

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା-.....485...../ ତାରିଖ-20.07.22.....

ଏହାର ଏକ କିତା ନକଲ DIO (NIC), ଦୁଆପଡାକୁ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା ।

ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ କଲ୍ୟାଣ ଅଧିକାରୀ

ଦୁଆପଡା
District Social Welfare Officer
Nuapada

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା-.....486...../ ତାରିଖ-20.07.22.....

ଏହାର ଏକ କିତା ନକଲ P.A. to Collector, ଦୁଆପଡାକୁ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା ।

ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ କଲ୍ୟାଣ ଅଧିକାରୀ

ଦୁଆପଡା
District Social Welfare Officer
Nuapada

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା-.....487...../ ତାରିଖ-20.07.22.....

ଏହାର ଏକ କିତା ନକଲ ଯୁଗ୍ମ ସଚିବ, ମିଶନ ଶକ୍ତି ବିଭାଗ, ଓଡ଼ିଶାଙ୍କ ଅବଗତି ଓ ବିହିତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ଗ୍ରହଣ ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣା କରାଗଲା ।

ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ କଲ୍ୟାଣ ଅଧିକାରୀ

ଦୁଆପଡା
District Social Welfare Officer
Nuapada

Format

Notice for the taking up the activity _____

1. Name of the SHG: _____
2. SHG Address: Village _____ Post Office _____
GP _____ Block _____,
District _____ PIN _____
ICDS Project _____
3. Year of Formation: _____
4. Present livelihood activities undertaking: _____
5. Name of village where the activity will be taken up: _____
6. Whether the SHG _____(Yes/ No):
If Yes, please mention the details:
7. Whether the SHG has _____(Yes/ No):
8. Bank and Branch Name: _____
9. Funds available in the Savings Bank Account: _____
 - (a) Regular Saving (Yes/ No)
 - (b) Amount of savings (in Rs.):
 - (c) Whether Loan taken (Yes/No), if yes, mention the number of times loan availed
 - (d) Mode of loan repayment (Regular/irregular):
 - (e) Meeting Register maintained (Yes/No):
 - (f) Cash Book maintained (Yes/No):
10. In case of supply of hospital diet activity - If SHG is registered under Food Safety Act, copy of the said certificate to be enclosed. Moreover, Prior experience in food service management to be indicated.
11. Details of tailoring unit/ Sanitary napkin making unit & experience shall be mentioned for supply of masks and sanitary napkins.
13. Contact No: _____
14. Resolution of the SHG to take up the activity is enclosed (Yes / No):

Name & Signature of the Authorised Person of the SHG
Date:

Acknowledgement

Received the application from _____ SHG, Village _____, on date _____ for the activity '.....'.

Signature of the CDPO / Authorised Signatory

Date:

Annexure III

Recommendation of Block Level Selection Committee on SHGs / SHG Federations for the activity titled '.....'

Name of the SHG	Name of Block	Name of GP	Name of Village	Date of formation	Bank Name	Branch Name	Bank Account Number	Amount of savings in Rs.	Weather Loan taken (Yes/No)	Mode of loan repayment (Regular/irregular)	Maintaining meeting Register (Yes/No)	Cash Book maintained (Yes/No)	Whether SHG registered under food safety Act & prior experience in food service management (Y/N)	Whether the SHG involved in tailoring activities (Yes / No)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Block Public Health Officer/Medical Officer I/C Block Program Manager (BPM-NHM) Block Project Coordinator, MS Block Project Manager, MS Child Development Project Officer Block Development Officer