



स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार

स्वास्थ्य पदाधिकारी एवं कर्मचारी डाटा संकलन प्रपत्र

यह डाटा संकलित करने का कागजी प्रपत्र है, जिसे राज्य सरकार के स्वास्थ्य पदाधिकारियों एवं कर्मचारियों से संबंधित डाटा संकलित करने के लिए उपयोग किया जा रहा है। इस प्रपत्र में डाटा संकलित करने का उद्देश्य राज्य में स्वास्थ्य से संबंधित मानव संसाधन सूचना प्रणाली (HRIS) का विकास करना है, ताकि इसके माध्यम से पदाधिकारियों एवं कर्मचारियों को बेहतर सहयोग प्रदान किया जा सके और स्वास्थ्य कार्यक्रमों को अधिक प्रभावशाली बनाया जा सके। कृपया सुनिश्चित करें कि इस प्रपत्र में दर्ज डाटा सही हैं।

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>भाग 1 : पदाधिकारी / कर्मचारी का विवरण</b>  |   |   |   |
| <b>(क) व्यक्तिगत विवरण</b>  |   |   |   |
| शीर्ष नाम (श्री/सुश्री/श्रीमती/ डॉ.):   | प्रथम नाम :                             | मध्य नाम :  | उपनाम :                                   |
| वरिष्ठता संख्या (केवल स्थाई कर्मचारियों के लिए) :<br>वर्ष :   |   | जीपीएफ/ सीपीएफ संख्या (केवल स्थाई कर्मचारियों के लिए) :                                     |   |
| राष्ट्रीयता :   |   | धर्म:   |   |
| जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष):   |   | लिंग ( उपयुक्त विकल्प चुनें): <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष |   |
| विकलांग (उपयुक्त विकल्प चुनें): <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं  |   |   |   |
| वैवाहिक स्थिति (उपयुक्त विकल्प चुनें): <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें)   |   | आश्रितों की संख्या (सरकार द्वारा स्वीकृत):  |   |
| ब्लड ग्रुप (उल्लेख करें):   |   | पहचान चिन्ह (उल्लेख करें):  |   |
| वर्ग (उपयुक्त विकल्प चुनें): <input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> पिछड़ा वर्ग <input type="checkbox"/> अत्यन्त पिछड़ी जाति <input type="checkbox"/> अनु. जाति <input type="checkbox"/> अनु. जनजाति <input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें) |   |   |   |
| <b>(ख) स्थाई निवास</b>  |   |   |   |
| ग्राम /मोहल्ला –  |   | थाना –  |   |
| प्रखंड –  |   | जिला –  |   |
| राज्य –   |   | पिन कोड –   |   |
| <b>(ग) संरक्षक सूचना</b>  |   |   |   |
| पिता का पूर्ण नाम (प्रथम,,मध्य एवं उपनाम):  |   |   |   |
| माता का पूर्ण नाम (प्रथम मध्य एवं उपनाम):   |   |   |   |
| पति/पत्नी का पूर्ण नाम (प्रथम मध्य एवं उपनाम): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |   |   |   |
| क्या आपके पति / पत्नी बिहार सरकार के स्थाई पदाधिकारी या कर्मचारी हैं? (उपयुक्त विकल्प चुनें): हाँ नहीं<br>यदि हाँ, तो वर्तमान में पदस्थापित विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र का नाम लिखें (प्रखंड एवं जिला सहित) :<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |   |   |   |
| क्या आपके पति / पत्नी बिहार सरकार के स्थाई चिकित्सक हैं? (उपयुक्त विकल्प चुनें): हाँ नहीं   |   |   |   |
| <b>(घ) कार्यालय को सम्पर्क करने हेतु विवरण</b>  |   |   |   |
| पत्राचार का पता:  |   |   |   |
| कार्यालय का फोन न.(एस०टी०डी० कोड सहित):   |   | फक्स न. :   |   |
| मोबाइल फोन न. (अपना) :  |   |   |   |
| ई-मेल (अपना यदि हो): ;  |   |   |   |
| <b>(ङ) पहचान ( उपयुक्त विकल्प चुनें केवल अनुबंधित कर्मचारियों के लिए ) <input type="checkbox"/></b>   |   |   |   |
| चालक प्रमाण पत्र<br>प्रमाण पत्र संख्या-   | मतदाता पहचान पत्र<br>पहचान पत्र संख्या- | राशन कार्ड<br>राशन कार्ड संख्या-  | अन्य (उल्लेख करें)<br>प्रमाण पत्र संख्या- |

**(च) नामित का विवरण (केवल स्थाई कर्मचारियों के लिए):**

पूर्ण नाम (प्रथम, मध्य एवं उपनाम):

जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष):

संबंध (उपर्युक्त विकल्प चुनें):  पिता  माता  पति  पत्नी  पुत्र  पुत्री  अन्य (उल्लेख करें):**भाग 2: पद संबंधी सूचना**

वर्तमान पदनाम :

वर्तमान पदस्थापन की तारीख (दिन/माह/वर्ष):

वर्तमान वेतन:

वेतन श्रेणी / वर्तमान वेतन श्रेणी :

सरकारी  
आदेश विवरण

तारीख (दिन/माह/वर्ष):

आदेश संख्या:

सरकारी आदेश जारी करने वाले विभाग/ईकाई का नाम:

वर्तमान विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र का नाम (प्रखंड एवं जिला सहित) :

वर्तमान विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र का प्रकार (उपर्युक्त विकल्प चुनें):  एचएससी  एपीएचसी  पीएचसी  रेफरल अस्पताल  एफआरयू  अनुमंडलीय अस्पताल  जिला अस्पताल  सीएस कार्यालय  डीएचएस  आरपीएमयू  आरडीडी कार्यालय  मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल  एसएचएसबी  स्वास्थ्य विभाग (सचिवालय)  स्वास्थ्य निदेशालय  आयुष निदेशालय  चिकित्सा शिक्षा  अन्य (उल्लेख करें)

पदनाम वर्गीकरण (उपर्युक्त विकल्प चुनें) :  श्रेणी 1  श्रेणी 2  श्रेणी 3  श्रेणी 4  अन्य (उल्लेख करें)वर्तमान नियुक्ति का प्रकार (उपर्युक्त विकल्प चुनें) :  स्थाई कर्मचारी  अनुबंधित कर्मचारी**नियुक्ति विवरण – स्थाई कर्मचारियों के लिए (यदि लागू हो):**

तदर्थ नियुक्ति की तारीख (दिन/माह/वर्ष):

नियमित/स्थायी नियुक्ति की तारीख (दिन/माह/वर्ष):

सरकारी सेवा में नियुक्ति के समय पदनाम :

नियुक्ति पुष्टि की तारीख (दिन/माह/वर्ष):

नियुक्ति पुष्टि आदेश संख्या एवं तारीख (दिन/माह/वर्ष):

**भाग 3: प्रतिनियुक्ति संबंधी सूचना (केवल स्थाई कर्मचारियों के लिए):**क्या आप वर्तमान स्वास्थ्य केंद्र में प्रतिनियुक्ति पर कार्य कर रहे हैं? (उपर्युक्त विकल्प चुनें):  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:सरकारी  
आदेश विवरण

तारीख (दिन/माह/वर्ष):

आदेश संख्या :

सरकारी आदेश जारी करने वाले विभाग/ईकाई का नाम :

विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र का नाम जहाँ से आपको प्रतिनियुक्ति पर भेजा गया है (प्रखंड एवं जिला सहित) :

प्रतिनियुक्ति की तारीख (दिन/माह/वर्ष):

पदनाम (उस विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र पर जहाँ से आपको प्रतिनियुक्ति पर भेजा गया है) :

विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र का प्रकार जहाँ से आपको प्रतिनियुक्ति पर भेजा गया है (उपर्युक्त विकल्प चुनें):  एचएससी  एपीएचसी  पीएचसी  रेफरल अस्पताल  एफआरयू  अनुमंडलीय अस्पताल  जिला अस्पताल  सीएस कार्यालय  डीएचएस  आरपीएमयू  आरडीडी कार्यालय  मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल  एसएचएसबी  स्वास्थ्य विभाग (सचिवालय)  स्वास्थ्य निदेशालय  आयुष निदेशालय  चिकित्सा शिक्षा  अन्य (उल्लेख करें)

भाग 4. पदस्थापन एवं पदोन्नति विवरण (केवल स्थाई कर्मचारियों के लिए)

[प्रथम से शुरू करें तथा नवीनतम पदस्थापन का पूर्ण विवरण लिखें। 'Waiting for Posting', 'Leave/Absence' & 'Suspension' विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र का नाम एवं प्रकार" वाले कॉलम में 'Waiting for Posting', 'Leave/Absence' 'Suspension' आवश्यकता पड़ने पर अतिरिक्त विवरण प्रपत्र का उपयोग करें।

की अवधि को भी शामिल करे और "पदस्थापित लिखें ]

| क0 सं0 | से तारीख (दिन/माह/वर्ष) | तक तारीख (दिन/माह/वर्ष) | पदस्थापित विभाग/ईकाई/स्वास्थ्य केंद्र का नाम एवं प्रकार ( जैसे Rampur पीएचसी ) | पदस्थापन प्रखंड एवं जिला | पदनाम | सरकारी आदेश संख्या एवं तारीख (दिन/माह/वर्ष): | कारण [उपयुक्त विकल्प चुनः स्थानांतरण/ पदोन्नति / स्थानांतरण एवं पदोन्नति / प्रतिनियुक्ति / अन्य (उल्लेख करें) ] |
|--------|-------------------------|-------------------------|--|--------------------------|-------|--|---|
|        |                         |                         |  |                          |       |  |   |
|        |                         |                         |  |                          |       |  |   |
|        |                         |                         |  |                          |       |  |   |
|        |                         |                         |  |                          |       |  |   |
|        |                         |                         |  |                          |       |  |   |
|        |                         |                         |  |                          |       |  |   |
|        |                         |                         |  |                          |       |  |   |

| भाग 5. शिक्षा संबंधी विवरण  |   |                       |                            |  |                          |
|---|---|-----------------------|----------------------------|--|--------------------------|
| योग्यता / विशेषज्ञता  | लिखें / चुनें   | शिक्षण संस्थान का नाम | बोर्ड / यूनिवर्सिटी का नाम | शिक्षण संस्थान का पता<br>(जिला, राज्य एवं देश के नाम के साथ) | अध्ययन पूरा करने का वर्ष |
| उच्चतम शैक्षणिक योग्यता   | उपयुक्त विकल्प चुनें :<br><br><input type="checkbox"/> प्राथमिक <input type="checkbox"/> माध्यमिक <input type="checkbox"/> 10 वीं कक्षा तक<br><input type="checkbox"/> इंटरमीडिएट (10+2) <input type="checkbox"/> स्नातक<br><input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर <input type="checkbox"/> पी एच डी <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर डिप्लोमा <input type="checkbox"/> डिप्लोमा <input type="checkbox"/> कोई औपचारिक शिक्षा नहीं <input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें)   |                       |                            |  |                          |
| उच्चतम व्यवसायिक योग्यता<br>(प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें)                  | उपयुक्त विकल्प चुनें :<br><br><input type="checkbox"/> एम बी बीएस <input type="checkbox"/> एम डी <input type="checkbox"/> एम एस<br><input type="checkbox"/> डी एम <input type="checkbox"/> एम सी एच <input type="checkbox"/> बीएएमएस<br><input type="checkbox"/> बीएचएमएस <input type="checkbox"/> बीयूएमएस <input type="checkbox"/> बी एस सी नर्सिंग<br><input type="checkbox"/> एम. एस सी नर्सिंग <input type="checkbox"/> ए. एन. एम. <input type="checkbox"/> जी. एन. एम.<br><input type="checkbox"/> एल एल बी <input type="checkbox"/> एल एल एम <input type="checkbox"/> बी टेक <input type="checkbox"/> एम टेक<br><input type="checkbox"/> एम बी. ए. <input type="checkbox"/> एम सी ए <input type="checkbox"/> सी ए <input type="checkbox"/> अन्य<br>(उल्लेख करें) |                       |                            |  |                          |
| विशेषज्ञता<br>(केवल चिकित्सक एवं नर्स के लिए; प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें) | विशेषज्ञता का नाम लिखें:  |                       |                            |  |                          |

घोषणा: मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र में दी गई सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही है।

तारीख:

हस्ताक्षर:

स्थान:

नाम: