

Form downloaded from internet

पंजीकरण सं०  
(केवल पंजीकरण के नवीकरण हेतु)  
दरैनजकसन आई डी व दिनांक  
राशि  
बैंक का नाम एवं शाखा

Registration No.....  
(only in case of renewal of Registration)  
Online Transaction ID& Date.....  
Amount.....  
Name of the issuing Bank/Branch.....  
.....

**FORM 'B'**  
**प्रपत्र (ब)**  
**APPLICATION FOR REGISTRATION/RENEWAL OF REGISTRATION**  
**UNDER DELHI NURSING HOMES REGISTRATION ACT, 1953**  
**(SEE RULE 4 & 6)**

दिल्ली उपचर्या गृह पंजीकरण अधिनियम 1953 की धारा के अधीन पंजीकरण  
एवं नवीकरण के लिए प्रार्थना पत्र  
(नियम 4 व 6 देखें)

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | <b>FULL NAME OF THE APPLICANT</b><br>प्रार्थी का पूरा नाम ।  |  |
| 2. | <b>FULL RESIDENTIAL ADDRESS OF THE APPLICANT</b><br>प्रार्थी का पूरा आवासीय पता ।  |  |
| 3. | <b>TECHNICAL QUALIFICATIONS IF ANY, OF THE APPLICANT</b><br>प्रार्थी का तकनीकी योग्यताएँ, यदि हो ।   |  |
| 4. | <b>NATIONALITY OF THE APPLICANT</b><br>प्रार्थी का राष्ट्रीयता   |  |
| 5. | <b>SITUATION OF THE REGISTERED OR PRINCIPAL OFFICE OF COMPANY/SOCIETY/ ASSOCIATION / OR OTHER BODY CORPORATE</b><br>कम्पनी, समिति, संस्था या अन्य निगम निकाय के प्रधान या पंजीकृत कार्यालय की स्थिति । |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 6. | <b>NAME AND OTHER PARTICULARS (OF SERVICES ETC.) OF THE NURSING HOME IN RESPECT OF WHICH THE REGISTRATION IS APPLIED FOR</b><br>जिस उपचर्या गृह कं पंजीकरण के लिए प्रार्थना की गई है, उसका नाम व अन्य सेवाएँ प्रदान करने का विवरण।   |  |
| 7. | <b>PLACE WHERE THE NURSING HOME IS SITUATED (exact address to be mentioned)</b><br>स्थान जहाँ उपचर्या गृह स्थित है।<br>(कृपया सही पता लिखें)   |  |
| 8. | <b>BRIEF DESCRIPTION OF THE CONSTRUCTION SIZE AND EQUIPMENT OF THE NURSING HOME OR ANY PREMISES USED IN CONNECTION THEREWITH</b><br>उपचर्या गृह या उसके साथ के किसी परिसर के निर्माण, आकार व साज सामान का संक्षिप्त विवरण।   |  |
| 9. | <b>WHETHER THE NURSING HOME OR ANY PREMISES USED IN CONNECTION THEREWITH ARE USED OR ARE TO BE USED FOR PURPOSES OTHER THAN THAT OF CARRYING ON A NURSING HOME</b><br>क्या उपचर्या गृह या उसके संबंध में प्रयोग में आये किसी परिसर का उपचर्या प्रयोजन के अतिरिक्त उपयोग किया जा रहा है।  |  |
| 10 | <b>TOTAL NO. OF BEDS (कुल बिस्तरों की संख्या)</b><br><b>(a) NO. OF BEDS FOR MATERNITY PATIENTS</b><br>(क) प्रसूति रोगियों के बिस्तर संख्या।<br><b>(b) NO. OF BEDS FOR OTHER PATIENTS: (SPECIALITY WISE)</b><br>(ख) अन्य रोगियों के लिए बिस्तर संख्या। (विशेषता अनुरूप)<br><b>(c) NO. OF FREE BEDS. (If applicable)</b><br>(ग) मुफ्त बिस्तरों की संख्या |  |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 11 | <b>NAME AGE AND QUALIFICATION(S) OF THE MEDICAL PRACTITIONER(S) SUPERVISING THE NURSING HOME</b><br>उपचर्या गृह का पर्यवेक्षण करने वाले चिकित्सा व्यवसायी का नाम, आयु व योग्यताएँ।  |  |
| 12 | <b>NAME, AGE QUALIFICATION(S) OF THE MEDICAL PRACTITIONER OR QUALIFIED NURSE, RESIDENT IN THE NURSING HOME.</b><br>उपचर्या गृह के आवासी चिकित्सा व्यवसायी व योग्यता प्राप्त उपचारिका का नाम, आयु व योग्यताएँ।   |  |
| 13 | <b>NAME, AGE, QUALIFICATION (S) OF THE VISITING PHYSICIANS AND SURGEONS IN THE NURSING HOME</b><br>उपचर्या गृह में आकर परामर्श देने वाले डाक्टरों व अन्य शल्य चिकित्सकों (फिजीशियन एवं सर्जन) के नाम, आयु व योग्यताएँ।  |  |
| 14 | <b>NAME, AGE &amp; QUALIFICATIONS OF MEMBERS OF THE NURSING STAFF IN THE NURSING HOME &amp; REGISTRATION NO. OF NURSES REGISTERED WITH NURSING COUNCIL OF THE STATE</b><br>उपचर्या गृह के उपचारिका वर्ग के सदस्यों के नाम आयु व योग्यताएँ। (नर्सिंग कौंसिल का नाम व पंजीकरण संख्या) |  |
| 15 | <b>PLACE WHERE THE NURSING STAFF IS ACCOMODATED</b><br>स्थान जहां उपचारिका वर्ग के रहने की व्यवस्था है।   |  |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   |  |
| 16 | <b>PROPORTION OF THE QUALIFIED AND UNQUALIFIED NURSES ON THE NURSING STAFF</b><br>उपचारिका वर्ग में योग्यता प्राप्त / योग्यता रहित उपचारिकाओं का अनुपात।  |  |
| 17 | <b>THE NAMES OF QUALIFIED MEDICAL PRACTITIONERS &amp; QUALIFIED MIDWIVES ON THE STAFF OF THE MATERNITY HOME ALONG WITH REGISTRATION NO.</b><br>प्रसूति गृह के कर्मचारी वर्ग में योग्यता प्राप्त चिकित्सा व्यवसायी व योग्यता प्राप्त दाईयों के नाम   |  |
| 18 | <b>WHETHER ANY UNREGISTERED/ MEDICAL PRACTITIONER(S) UNQUALIFIED NURSE/ MIDWIFE IS EMPLOYED FOR NURSING ANY PATIENT IN THE NURSING HOME (if so particulars thereof)</b><br>क्या उपचर्या गृह में किसी रोगी के उपचार के लिए कोई अपंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी या गैर योग्यता प्राप्त उपचारिका / दाई नियुक्त है। (यदि हो तो उसका विवरण) |  |
| 19 | <b>WHETHER ANY PERSON OF FOREIGN NATIONALITY IS EMPLOYED IN THE NURSING HOME AND IF SO, HIS/HER NAME AND OTHER PARTICULARS</b><br>क्या उपचर्या गृह में कोई विदेशी राष्ट्रियता वाला व्यक्ति नियुक्त है, यदि ऐसा हो तो उसका नाम व अन्य विवरण।   |  |
| 20 | <b>FEES CHARGED TO PATIENTS</b><br>रोगियों से लिया जाने वाला शुल्क।   |  |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 21 | <b>WHETHER THE APPLICANT IS INTERESTED IN ANY OTHER NURSING HOME OR BUSINESS. AND IF SO, THE PLACE WHERE SUCH NURSING HOME IS SITUATED OR WHERE SUCH BUSINESS IS CONDUCTED &amp; PARTICULARS THEREOF</b><br>क्या प्रार्थी किसी अन्य उपचर्या गृह या व्यवसाय से भी संबंध रखता है, यदि हां तो स्थान जहां वह उपचर्या गृह स्थित है, तथा जहां वह व्यवसाय किया जाता है। (उसका विवरण) |  |
| 22 | <b>NO. &amp; DATE OF EXPIRY OF THE CERTIFICATE OF REGISTRATION</b><br>पंजीकरण के प्रमाण पत्र की संख्या व समाप्ति की तारीख।  |  |

Note: If the space is insufficient, please use the separate sheet for each column.

I SOLEMNLY DECLARE THAT THE ABOVE STATEMENTS ARE TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF & NOTHING IS CONCEALED.  
 मैं निष्ठापूर्वक घोषित करता/करती हू कि उपर्युक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी व विश्वास के अनुसार सही है।

DATED:  
दिनांक

PLACE:  
स्थान

TEL. HOSP./OFF.....  
दूरभाष अस्पताल/कार्य

FAX.....  
(फैक्स)

MOBILE.....  
(मोबाइल)

SIGNATURE OF THE APPLICANT  
प्रार्थी के हस्ताक्षर

NAME.....

STAMP.....

(RESI.).....  
(निवास)

(E-mail ID).....  
(ई - मेल )