

**कार्यालय संचालक, कमला नेहरू चिकित्सालय, गैस राहत,
पंचम-तल, लेक व्यू साईड, हमीदिया हॉस्पिटल कैम्पस भोपाल-462001 भोपाल**

E-mail Id - dirknhbho@mp.gov.in Phone no. - 0755-2731261

क्रमांक/ 2543 /संचा./कनेचि./जे.डी.स्था.-3/2024

भोपाल, दिनांक 27/6/24

दिव्यांगजन हेतु चिन्हांकित तृतीय श्रेणी के स्टाफ नर्स, लैब सहायक, ड्रेसर ग्रेड-2 एवं लिपिक वर्गीय पदों पर नियुक्ति हेतु आवेदन पत्र जमा करने की अंतिम तिथि 08/07/2024

मध्यप्रदेश भोपाल गैस त्रासदी राहत एवं पुनर्वास विभाग के अंतर्गत संचालित गैस राहत चिकित्सा इकाईयों में दिव्यांगजन हेतु चिन्हांकित तृतीय श्रेणी के रिक्त पदों की पूर्ति वॉक-इन के माध्यम से मेरिट के आधार पर किये जाने हेतु आवेदन पत्र आमंत्रित किए जाते हैं। आवेदन पत्र प्रस्तुत करने का अंतिम दिनांक 08 जुलाई, 2024 सायं 06:00 बजे तक है। दिव्यांगजन के रिक्त पदों का विवरण निम्नानुसार है:-

स. क्र.	पदनाम	वेतनमान	दिव्यांगजनों हेतु रिक्त पदों का विवरण		निर्धारित योग्यता
			पदों के संवर्ग	संख्या	
1.	स्टाफ नर्स	28700-91300	LD (लोकोमोटर डिसेबिलिटी जिसमें सम्मिलित हैं, सेरेब्रल पॉल्सी, कुष्ठ रोग मुक्त, बौनापन, एसिड अटैक पीड़ित, मस्क्यूलर डिस्ट्राफी)	04	1. बी.एस.सी. नर्सिंग अथवा जनरल नर्सिंग प्रशिक्षित 2. नर्सिंग कौंसिल में पंजीयन
2.	लैब सहायक	19500-62000	LD (लोकोमोटर डिसेबिलिटी जिसमें सम्मिलित हैं, सेरेब्रल पॉल्सी, कुष्ठ रोग मुक्त, बौनापन, एसिड अटैक पीड़ित, मस्क्यूलर डिस्ट्राफी)	01	हॉयर सेकेण्ड्री परीक्षा 10+2 शिक्षा पद्धति में विज्ञान समूह में 12वीं कक्षा उत्तीर्ण
3.	ड्रेसर ग्रेड-2	19500-62000	EH (बहरे और कम सुनने वाले)	01	1.हॉयर सेकेण्ड्री परीक्षा 10+2 शिक्षा पद्धति में विज्ञान समूह में 12वीं कक्षा उत्तीर्ण 2.मान्यता प्राप्त संस्था से 03 माह का ड्रेसिंग प्रशिक्षण
4.	लिपिक वर्गीय	19500-62000	EH (बहरे और कम सुनने वाले)	01	1.मान्यता प्राप्त बोर्ड/संस्था से हॉयर सेकेण्ड्री (10+2) परीक्षा उत्तीर्ण 2. मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय/संस्था से न्यूनतम एक वर्षीय कम्प्यूटर डिप्लोमा/सर्टिफिकेट परीक्षा उत्तीर्ण 3. म.प्र. शासन विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी विभाग द्वारा आयोजित कम्प्यूटर दक्षता प्रमाणीकरण परीक्षा (सीपीसीटी) हिन्दी टायपिंग के साथ उत्तीर्ण प्रमाण-पत्र

आवेदन पत्र का प्रारूप एवं अन्य शर्तें विभागीय वेबसाईट www.bgtrrdmp.mp.gov.in से डाउनलोड किये जा सकते हैं अथवा कार्यालयीन समय में कार्यालय संचालक, कमला नेहरू चिकित्सालय, गैस राहत, भोपाल से प्राप्त किया जा सकते हैं, निर्धारित प्रारूप में ही आवेदन स्वीकार्य होगा। आवेदक का चयन वॉक-इन के माध्यम से मेरिट के आधार पर किया जायेगा, जिसकी सूचना आवेदन पत्र में दर्शाये गये पते पर स्पीड-पोस्ट, ई-मेल अथवा मोबाईल नम्बर पर दी जावेगी। किसी भी विवाद की स्थिति में न्यायालय क्षेत्राधिकार जिला भोपाल रहेगा।

संचालक, गैस राहत एवं पुनर्वास द्वारा अनुमोदित।


 For संचालक
 कमला नेहरू चिकित्सालय,
 गैस राहत, भोपाल

आवेदन-पत्र के साथ निम्नलिखित दस्तावेज़ एवं जानकारी संलग्न करना अनिवार्य है:-

1. आवेदन पत्र के साथ शैक्षणिक अर्हता संबंधी प्रमाण-पत्र एवं अन्य सभी दस्तावेजों के स्व-प्रमाणित छायाप्रतियाँ तथा पासपोर्ट साईज़ के स्व-प्रमाणित 02 फोटोग्राफ्स।
2. मध्यप्रदेश का मूल/स्थायी निवासी होने के प्रमाण-पत्र।
3. आयु सीमा-18 से 45 वर्ष (सामान्य प्रशासन विभाग के परिपत्र दिनांक 04 जुलाई 2019 अनुसार अधिकतम आयु सीमा में 05 वर्ष की छूट समाहित है) आयु सीमा की गणना दिनांक 01.01.2024 के आधार पर की जायेगी।
4. डिजिटल दिव्यांगता प्रमाण-पत्र। भारत सरकार के राजपत्र दिनांक 05.05.2021 द्वारा जारी अधिसूचना अनुसार दिनांक 01.06.2021 से समस्त दिव्यांगता प्रमाण-पत्र केवल यू.आई.डी. पोर्टल <https://www.swavlambancard.gov.in> के माध्यम से नियमानुसार जारी किये गये डिजिटल प्रमाण-पत्र ही मान्य होंगे।
5. रोजगार कार्यालय का जीवित पंजीयन प्रमाण-पत्र।
6. शासकीय विभाग में कार्यरत आवेदक कर्मचारी नियोजक के माध्यम से आवेदन कर सकते हैं।
7. विवाह के लिए नियत की गई न्यूनतम आयु से पूर्व विवाह करने वाले आवेदक नियुक्ति के लिए पात्र नहीं होंगे। जिस आवेदक की 02 से अधिक संतान हैं, उनमें से एक का जन्म यदि 26 जनवरी 2001 को या उसके पश्चात् हुआ हो आवेदन करने के लिये पात्र नहीं होगा।

नोट:-

1. आवेदन पत्र 08 जुलाई, 2024 तक ऊपर दिये गये कार्यालय के पते पर स्वयं प्रस्तुत करें अथवा पंजीकृत डाक से लिफाफे के ऊपर "दिव्यांगजन के पद हेतु आवेदन-पत्र" अंकित करते हुए भेजें। किसी भी स्थिति में निर्धारित अंतिम दिनांक को सायं 06:00 बजे पश्चात् आवेदनों पर विचार नहीं किया जायेगा। डाक द्वारा विलंब से प्राप्त आवेदनों को मान्य नहीं किया जायेगा तथा अपूर्ण/त्रुटिपूर्ण भरे हुये आवेदन पत्रों को निरस्त कर दिया जायेगा।
2. म.प्र. शासन सामान्य प्रशासन विभाग, मंत्रालय के परिपत्र क्रमांक सी 3-13/2019/3/एक भोपाल दिनांक 12 दिसम्बर, 2019 के अनुसार परीक्षा अवधि में विज्ञापित पद के वेतनमान के न्यूनतम का प्रथम वर्ष में 70 प्रतिशत, द्वितीय वर्ष में 80 प्रतिशत एवं तृतीय वर्ष में 90 प्रतिशत राशि, स्टायपेंड के रूप में देय होगी।
3. आवेदक को भोपाल गैस त्रासदी राहत एवं पुनर्वास विभाग के अंतर्गत संचालित किसी भी चिकित्सा इकाई में पदस्थ किया जा सकेगा।
4. आवेदक द्वारा असत्य/भ्रामक/मिथ्या जानकारी अथवा दस्तावेज़ प्रस्तुत किये जाने अथवा किसी भी कारण से नियम विरुद्ध नियुक्ति हो जाने पर, नियुक्तकर्ता प्राधिकारी द्वारा किसी भी समय नियुक्ति निरस्त की जा सकेगी।
5. नियुक्ति संबंधी सभी अधिकार संचालक, कमला नेहरू चिकित्सालय, गैस राहत, भोपाल के पास सुरक्षित होंगे।

संचालक, गैस राहत एवं पुनर्वास द्वारा अनुमोदित।


For संचालक
कमला नेहरू चिकित्सालय,
गैस राहत, भोपाल

आवेदन का प्रारूप

प्रति,

संचालक, कमला नेहरू चिकित्सालय, गैस राहत,
पंचम तल, लेक-व्यू-साईड, हमीदिया चिकित्सालय परिसर,
भोपाल-462001

E-mail ID-dirknhbho@mp.gov.in / directorknh@gmail.com Phone no:-0755-2731261

1. आवेदित पद का नाम :
2. आवेदक / आवेदिका का पूरा नाम :
3. आवेदक / आवेदिका के पिता/माता का नाम :
4. जन्म तिथि (10वीं की मार्कशीट के आधार पर) : वर्ष..... माह..... दिन.....
5. जाति :
6. आवेदक का मोबाईल नम्बर :
7. आवेदक का ई-मेल आई.डी :
8. यदि आवेदक विवाहित है तो विवाह के प्रमाण-पत्र के अनुसार दिनांक :
9. जीवित बच्चों का विवरण :
10. वर्तमान डाक का पूरा पता :

11. स्थाई पता :

12. दिनांक 01/01/2024 को आयु : वर्ष..... माह..... दिन.....

13. रोज़गार कार्यालय का जीवित पंजीयन क्रमांक :

14. दिव्यांगता का डिजिटल प्रमाण-पत्र क्रमांक एवं दिनांक : दिव्यांगता का संवर्ग (LD or EH):

दिव्यांगता का प्रतिशत :

शासकीय जिला चिकित्सालय का नाम जहाँ के मेडिकल बोर्ड द्वारा प्रमाण-पत्र जारी किया गया :

(दिव्यांगता का डिजिटल प्रमाण-पत्र अनिवार्य रूप से संलग्न करें अन्यथा आपका आवेदन अमान्य किया जावेगा)

15. शैक्षणिक योग्यता (विज्ञापित पद की निर्धारित योग्यता अनुसार अंकित की जावे) :

स.क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड/ विश्वविद्यालय का नाम	परीक्षा उत्तीर्ण वर्ष	विषय	प्राप्तांक	श्रेणी

15. अतिरिक्त विशेष योग्यता / अनुभव यदि हो तो :

16. उपरोक्त विवरण के संबंध में सभी प्रमाण-पत्रों की छायाप्रतियाँ स्व-प्रमाणित कर प्रस्तुत करें।

आवेदक के हस्ताक्षर एवं पूरा पता

घोषणा-पत्र

मैं घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त सभी जानकारी जो मेरे द्वारा दी गई है। वह मेरे विवेक एवं ज्ञान से पूर्णतः सत्य है। जानकारी असत्य पाई जाने पर मेरा आवेदन निरस्त माना जावेगा।

दिनांक:-

स्थान:-

आवेदक के हस्ताक्षर एवं पूरा पता