

FORM -B
(See rules 4 & 6)

Application for Registration/Renewal of registration under section 5 of the Tripura Clinical Establishment Act, 1976.

The Replies to be written
In this column.

1. Full name of the applicant.
2. Full residential address of the applicant.
3. Technical qualifications if any of the applicant.
4. Nationality of the applicant.
5. Situation of the registered or principal office of the Company, Society, Association or other body corporate.
6. Name and other particulars of the Clinical Establishment in respect of which the registration is applied for.
7. Place where the Clinical Establishment is situated.
8. Brief description of the construction, size and equipment of the Clinical Establishment or any premises used in connection therewith as detailed below:--
 - (i) Floor space of bed rooms provided for patients giving number of beds.
 - (ii) Arrangements made for medical check-up and immunization of the employees.
 - (iii) Floor space of kitchen, servants' rooms and other rooms giving details of user and area of each room.
 - (iv) Details of arrangements made for sanitary conveniences for patients and employees giving their numbers.
 - (v) Details of arrangements made for storage and service of food.
9. Whether the Clinical Establishment or any premises used in connection therewith are used or are to be used for purposes other than that of carrying on a Clinical establishment.
10. (a) Number of beds for maternity patients.
(b) Number of beds for other patients.
11. Names, ages and qualifications of the members of the pathologist, Laboratory technician and nursing staff of the Clinical Establishment.

12. Place where the nursing staff is accommodated.
13. Names, ages and qualifications of resident or visiting physicians or surgeons in the Clinical Establishment.
14. (a) Whether the Clinical Establishment is under the supervision of qualified medical practitioner or a qualified nurse, and if so, his or her name, age and qualification.
(b) Proportion of qualified and unqualified nurses on the nursing staff.
15. (a) Whether the Clinical Establishment is under the supervision of a qualified nurse or midwife and if so, her name, age and qualifications.
(b) Whether any unregistered medical Practitioner or unqualified midwife is employed for nursing any patient in the Clinical Establishment.
16. Whether any person of alien nationality is employed in the Clinical Establishment and if so, his name and other particulars.
17. Fees charged to patients.
18. Whether the applicant is interested in any other Clinical Establishment or business and, if so, the place where such Clinical Establishment is situated or where such business is conducted.
19. No. and date of expiry of the certificate of Registration.

I solemnly declare that the above statements are true to the best of my knowledge and belief.

Date

Signature of the applicant.....

Application Form Of Death Certificate

To
The Registrar (Birth & Death.)
District Hospital, Dharmanagar
North Tripura.

Subject:- Prayer for issuing of Birth / Death Certificate.

Sir,

Most humble I beg to inform you that I am in need of a Birth / Death Certificate for my.....

Necessary and Particulars are given below

1. Name :-
2. Deceased's/Father's Aadhar Card No :-
3. Sex:- Male/ Female
4. Name of Father/Mother/Husband/Wife :-
5. Name of Mother :-
6. Address at the time of Birth/ Death :-
Vill.....P.O.....Pin.....
P.S.....Block.....District.....
7. Permanent Address :-
Vill.....P.O.....Pin.....
P.S.....Block.....District.....
8. Date of Birth/Death :-
9. Place of Birth/Death :-
10. Nationality of Birth/ Death :-
11. Relation of the applicant with Baby/Deceased :-

Date:-

Place:-

Mob NO:-

Yours faithfully _____

Enclo For Birth

1. Original Discharge Certificate 2. Father & Mother Document any (Xerox).

Enclo For Death

1. Original Body Handed over Certificate of the deceased 2. Age Proof Certificate.
2. Applicant's Supporting Document any. 4. Deceased Aadhar Card & Ration Card (Xerox).

Application Form Birth/ Death Certificates

To
The Register (Birth & Death)
District Hospital Dharmanagar,
North Tripura.

Subject :- Prayer for issuing of Birth / Death Certificate.

Sir,

Most humble I beg to inform you that I am in need of a Birth / Death Certificate for my

1. Name (In block Letter) :-
2. Sex Male / Female :-
3. Name of Father / Mother / Husband / S/O / D/O :-
4. Fathers Adhar Card No. :-
5. Name of Mother :-
6. Mothers Adhar Card No. :-
7. Address of Parents at the time of birth of child :-

Vill..... P.O..... Pin.....
P.S..... Tashil.....
Block Sub-Division..... Dist.....

8. Permanent Address of Parents :

Vill..... P.O..... Pin.....
P.S..... Tashil.....
Block Sub-Division..... Dist.....

9. Date of Birth / Death :-
10. Place of Birth / Death :-
11. Nationality of Parents :-

12. Relation of the applicant with Baby / Deceased :-

Date

Place : Dharmanagar.

Mobile No. :

Yours faithfully

Enclo :-

- 1) Original Discharge Certificate
- 2) Ration Card Xerox Copy.
- 3) Father / Mother Voter I/Card Xerox Copy.
- 4) Fathers / Mothers Adhar Card Xerox copy.

জননী সুরক্ষা যোজনা কার্ড

(টিকা : এ এন এম / স্বাস্থ্য কর্মী নিজেই বেনিফিসিয়ারী বা উপকার পাবার উপযুক্ত গর্ভবতী মহিলাকে চিহ্নিত করার পর এই কার্ড পূরণ করবেন। যত তাড়াতাড়ি সম্ভব, সাধারণত গর্ভসঞ্চয়ের তিন মাসের মধ্যে, গর্ভবতী মহিলাকে এই জননী সুরক্ষা যোজনার আওতায় আনতে হবে। সাহায্য পাওয়ার জন্য গর্ভকালীন প্রাক প্রসব নিরীক্ষণ (এ. এন. সি.) কার্ড জননী সুরক্ষা যোজনা কার্ডের সঙ্গে দিতে হবে।

দরখাস্ত পরিষ্কারভাবে স্পষ্ট হস্তাক্ষরে পূরণ করুন।

আবেদনপত্র পূরণ করার তারিখ ----- / ----- / ২০-----

প্রথম অংশ : শনাক্তকরণ

পরিচয় পত্রের নং :-

(ক) সাব - সেন্টারের নাম :-

(খ) প্রাথমিক স্বাস্থ্যকেন্দ্র :-

১/ আবেদনকারীর নাম :-

(গর্ভবতী মহিলা)

২/ স্বামীর নাম :-

৩/ আবেদনকারীর ঠিকানা :-

৪/ স্বামীর পেশা :

৪.১/

দিন মজুর / স্বনির্ভর / ভবঘুরে / ক্ষুদ্র ব্যবসায়ী /
অন্যান্য (দয়া করে \sqrt চিহ্ন দিন)

৪.২/

যদি অন্য কোনও কাজ করেন
(দয়া করে উল্লেখ করুন)

৫/ নিম্নলিখিত কোনও স্কীম থেকে উপকার পান কি না ?

এন এম বি এস / এন এফ বি এস / এন ও এ পি এস / পি ডি এস

লক্ষ্যমাত্রা / অস্বাস্থ্যকর অন্ন যোজনা / বি পি এল পরিবারভূক্তদের জন্য

কেন্দ্র কিংবা রাজ্য সরকারের কোনও বিশেষ সুবিধা / অন্যান্য

(প্রতিলিপি থাকলে উল্লেখ করুন

এবং সঙ্গে জমা দিন)

৬/ বি পি এল কার্ডধারী কি না ? হ্যাঁ / না

(যদি থাকে \sqrt চিহ্ন দিন)

যদি থাকে তবে বি পি এল কার্ড এর নম্বর

(প্রতিলিপি জমা দিতে হবে)

৬.১/ যদি না থাকে তবে অন্য কোনও সার্টিফিকেটের

প্রয়োজন আছে কি না ?

(৫ নং ধাপের বিষয় বিবেচনা করুন)

হ্যাঁ / না (দয়া করে \sqrt চিহ্ন দিন)

(যদি হ্যাঁ হয় তবে এ এন এম / ধাই / স্বাস্থ্যকর্মী/

অঙ্গনওয়াড়ী কর্মী এই দরখাস্ত পূরণ করার দুই সপ্তাহের

মধ্যে কার্যক্রম সম্পূর্ণ করুন / করতে সাহায্য করুন)

৭/ দরখাস্তকারীর বাসস্থান :-

গ্রাম/ শহর/ বস্তি/ (সঠিক স্থানে ✓ চিহ্ন দিতে হবে আর অন্যগুলি কেটে দিতে হবে)

১৭/ গর্ভবতী মহিলার বয়স কি ১৯ বছর
নাকি তারও বেশি ?

হ্যা / না (দয়া করে ✓ চিহ্ন ব্যবহার করবেন)

১৮/ গর্ভসম্বন্ধের পর কোন মাস বা কোন সপ্তাহ চলেছে ?

১৯/ প্রসবের আনুমানিক তারিখ

২০/ বর্তমান গর্ভ কত নম্বর :-

১/২/৩/ (দয়া করে ✓ চিহ্ন দিন)

২১/ এই গর্ভবতী মা কি জননী সুরক্ষা যোজনার আওতায় হ্যা / না

আসার উপযুক্ত ?

(এ এন এম / স্টাফ নার্স / অথবা মেডিকেল অফিসার
সার্টিফিকেট প্রদান করবেন)

২২/ প্রসবের জন্য নির্বাচিত স্থানের নাম :-

আপনার প্রতিদিনের ডায়েরিতে নথিভুক্ত করে রাখুন (জননী সুরক্ষা যোজনার অধীনে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রসবের সুবিধাগুলো ভবিষ্যতের জন্য
ব্যাখ্যা করুন)

২৩/ নথিভুক্ত প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাই

নাম :-

একই গ্রাম / শহরের বস্তি অঞ্চলের কোনও

প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাই থাকলে তার উল্লেখ করুন

ঠিকানা :-

এ এন এম / অঙ্গনওয়ারী কর্মী / ধাই / আশা
কর্তৃক শনাক্তকৃত হতে হবে।

আবেদনকারীর সাক্ষর / টিপসই

দ্বিতীয় ধাপ - প্রসব

২৪/ স্বাস্থ্যকেন্দ্রে কে তাকে নিয়ে এসেছেন ?

নাম / পদবী / সম্পর্ক :

সহযোগী ব্যক্তির সাক্ষর / টিপসই

২৫/ নথিভুক্ত স্বাস্থ্যকর্মী কি আবেদনকারী গর্ভাবস্থায়

স্বাস্থ্যকেন্দ্রে চিকিৎসাধীন থাকার সম্পূর্ণ সময়

স্বাস্থ্যকেন্দ্রে উপস্থিত থেকে তাকে সাহায্য করেছেন ?

(এ এন এম / স্টাফ নার্স অথবা মেডিকেল

অফিসার সার্টিফিকেট প্রদান করবেন)

২৬/ প্রসবের স্থান ? পি এইচ. সি / সি এইচ সি / প্রাইভেট /

(দয়া করে ✓ চিহ্ন অথবা নাম ব্যবহার করবেন)

২৭/ প্রসবের তারিখ

২৮/ স্বাভাবিক প্রসব না সিজারিয়ান ?

স্বাভাবিক প্রসব / সিজারিয়ান (যদি সিজারিয়ান হয়ে
থাকে, তাহলে কোথায় হয়েছে উল্লেখ করুন)

২৯/ নবজাতকের অবস্থা

জীবন্ত / গর্ভে মৃত

৩০/ স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রাপ্ত পরিষেবায় অবিলম্বে স্বেচ্ছায়

হ্যা / না.

বধ্যাত্মকরণের ব্যবস্থা নিতে রাজী কি না ?

২২/ যদি বধ্যাত্মকরণের রাজী থাকেন তাহলে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে
আর্থিক সাহায্য পেয়েছেন কি না ?

হ্যাঁ / না

আবেদনকারীর স্বাক্ষর / টিপসই

২৩/ বর্তমানে কততম প্রসব ? (শিশু জীবিত থাকলে)

১/২/৩

২৪/ গর্ভবতী হওয়া থেকে প্রসব হওয়া পর্যন্ত

সময়ের মধ্যে কোনও জটিলতা দেখা দেওয়ার

কারণে কোনও স্বাস্থ্য কেন্দ্রে যেতে হয়েছিল কি না ?

যদি হয় তবে তারিখ এবং কি ধরনের

জটিলতা দেখা দিয়েছিল উল্লেখ করুন

এ এন এম স্টাফ নার্স / অন্যান্য

স্বাস্থ্যকর্মী শনাক্ত করবেন

২৫/ কে তখন স্বাস্থ্য কেন্দ্রে তাকে

যেতে সাহায্য করেছিলেন ?

নাম / সম্পর্ক / এ. এস. এইচ. এ (আশা)

২৬/ গর্ভবতী মা কীভাবে

স্বাস্থ্যকেন্দ্রে এসেছেন ?

হেঁটে / ঠেলা গাড়ী / গরুর গাড়ি / রিক্সা /

টেম্পু / জীপ গাড়ি অন্য উপায়

২৭/ পরিবহনের খাতে আবেদনকারীকে

অর্থ প্রদান করা হয়েছে কি না ?

যদি হ্যাঁ হয় তবে টাকার পরিমাণ

২৮/ অর্থ প্রদানকারী কে ?

(নাম / পদমর্যাদা)

(চিকিৎসক / ক্ষমতা প্রদত্ত প্রাপ্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর)

২৯/ দুজন স্বাধীন সত্বাবিশিষ্ট

সাক্ষীর স্বাক্ষর / টিপসই

১/

২/

৩০/ সাহায্যকারী নার্স / ধাই / স্বাস্থ্যকর্মীর

নাম যিনি আবেদন পত্র পূরণ করেছেন

উপরে বর্ণিত তথ্য সত্য

নাম: _____

এ. এন. এম / চিকিৎসকের সই

৩য় ধাপ - সারমর্ম (চিকিৎসক / ক্ষমতা প্রদত্ত আধিকারিক কর্তৃক অনুমোদন সাপেক্ষ)

১/ তিনি কি জননী সুরক্ষা যোজনায়

(বেনিফিসিয়ারী অর্থাৎ উপকৃত হবার উপযুক্ত) ?

হ্যাঁ / না

(যদি না হয় তাহলে কারণ এবং

তা বেনিফিসিয়ারীকে জানাতে হবে)

✓ উপকার প্রদানের ক্ষেত্রে উপযুক্ত

নথিপত্র রয়েছে কি না ?

৩/ প্রসবের বর্ণনা

হ্যাঁ / না

স্বাভাবিক / জটিল / সিজারিয়ান

(জটিলতা ঘটে থাকলে ছুটির কাগজের
প্রতিলিপি দিতে হবে)

৪/ সিজারিয়ান দরকার হলে কোনও অভিজ্ঞ

চিকিৎসককে রোগীর প্রসবের সুবিধার্থে

স্বাস্থ্যকেন্দ্রে আনা হয়েছে কি না ?

হ্যাঁ / না

যদি হ্যাঁ হয় তবে বিশেষজ্ঞকে

কত টাকা দেওয়া হয়েছে ?

৫/ গর্ভবতী মাকে সম্মান প্রসব সংক্রান্ত

চিকিৎসার স্বার্থে রেফারেল স্লিপ সহ কোন

স্বাস্থ্যকেন্দ্রে পাঠানো হয়েছে কি না ?

হ্যাঁ / না

৬/ গর্ভবতী মাকে কত টাকা দেওয়া হয়েছে ?

এবং কখন, (তারিখ উল্লেখ করতে হবে)

টাকার পরিমাণ

অর্থ প্রদানের তারিখ

যদি বিলম্ব হয়, তার কারণ ?

এ এন এম / আশা-র সহ

স্বীকৃত কর্মীকে কত অর্থ প্রদান করা হয়েছে ? টাকার পরিমাণ ----- অর্থ প্রদানের তারিখ

এবং কখন (তারিখ উল্লেখ করতে হবে)

যদি বিলম্ব হয়, তার কারণ ?

এ এন এম / আশা-র সহ

জননী সুরক্ষা যোজনার বিধি অনুসারে উপরে বর্ণিত বিবরণ সন্তোষজনক । আমি শ্রীমতী -----

---, এ এন. এম. / মহিলা স্বাস্থ্য কর্মী শ্রীমতী ----- (বেনিফিসারী) কে -----

টাকা প্রদান করার জন্য সুপারিশ / অনুমতি / ক্ষমতা অর্পণ করলাম এবং শ্রীমতী ----- প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাইকে -----

----- টাকা দুই ধাপে প্রদান করার জন্য সুপারিশ / অনুমতি ক্ষমতা অর্পণ করলাম । আমি এই মহিলার গর্ভকালীন প্রাক প্রসব
নিরীক্ষণ : (এ. এন. সি) কার্ড (এর সংগে সংযুক্ত রয়েছে) পরীক্ষা করেছি এবং তিনি এ. এন. সি. এর নিয়মিত টিকাকরণ গ্রহণ করেছেন ।

(ক্ষমতা প্রদত্ত ব্যক্তির / চিকিৎসকের নাম এবং পদ)

Schedule 2

[See Regulation 2.1.1 and Regulation 2.1.7]

Form 'A'

**Application for Registration / Renewal of Registration under Food Safety
and Standards Act, 2006**

Kind of business:

- Permanent/Temporary Stall holder
- Hawker (Itinerant / Mobile food vendor)
- Home based canteens/dabba wallas
- Petty Retailer of snacks/tea shops
- Manufacturer/Processor
- Re Packer
- Food stalls/arrangements in Religious gatherings, fairs etc
- Milk producers (who are not member of dairy co operative society)/ milk vendor
- Dhaba
- Fish/meat/poultry shop/seller
- Other(s), please specify: _____

Photograph of the
Applicant

(a).Name of the Applicant/Company: -

(b).Designation:

- Individual
- Partner
- Proprietor
- Secretary of dairy co-operative society.
- Others (Please specify)

(c).Proof of Identity of applicant: _____

[Note: Please submit a copy of photo ID like Driving License, Passport, Ration Card or Election ID card]

(d).Correspondence address:

Tel No: _____ Mobile No.: _____

Fax No.: _____ Email: _____

[Note: In case the number(s) are a PP or common number(s), please specify the name of the contact person as well]

(e).Area or Location where food business is to be conducted/Address of the premises:

(f).Description of the food items proposed to be Manufactured or sold:

S.No.	Name of Food category	Quantity in Kg per day or M.T. per annum

--	--	--

Please attach separate sheet if required

(g). Total Annual turnover from the food business, if existing, along with any supporting document(s) showing proof of income (**In case of renewal*):

(h) In case of new business - intended date of start: _____

(i) In case of seasonal business, state the opening and closing period of the year: _____

(j) Source of water supply:

Public supply Private supply Any other source

(k) Whether any electric power is used in manufacture of the food items:

Yes
 No

If yes, please state the exact HP used or sanctioned Electricity load:

(I) I/We have forwarded a sum of Rs.....towards registration fees according to the provision of the Food Safety and Standards (Licensing and Registration) Regulations, 2011 vide:

- Demand Draft no. (payable to -----)
- Cash

(Signature of the Applicant)

Form 'B'

[See Regulation 2.1.2, Regulation 2.1.3 and Regulation 2.1.7]

**Application for License / Renewal of license except importing under
Food Safety and Standards Act, 2006**

Kind of business (Please tick more than one, if applicable):

- Manufacturing/Processing including sorting, grading etc.
- Milk Collection/chilling
- Slaughter House
- Solvent extracting unit
- Solvent extracting plant equipped with pre cleaning of oil seeds or pre expelling of oil.
- Solvent extracting and oil refining plant.
- Packaging
- Relabeling (manufactured by third party under own packing and labeling)
- Importing
- Storage/Warehouse/Cold Storage
- Retail Trade
- Wholesale Trade
- Distributor/Supplier
- Transporter of food
- Catering
- Dhabha or any other food vending establishment
- Club /canteen
- Hotel
- Restaurant
- Other(s), please specify: _____

1. Name of the Company/Organization:

2. Registered Office Address:

3. Address of Premise for which license is being applied

4. Name and/or designation, qualification and address of technically qualified person in charge of operations as required under Regulation

Name:

Qualification:

Address:

Telephone Number(s):

Mobile no:

Email:

Photo Identity card no and expiry date

5. Name and/or designation, address and contact details of person responsible for complying with conditions of license (if different from 4 Above):

Name:

Address:

Telephone Number(s):

Mobile no

Email:

Photo Identity card no and expiry date

6. Correspondence address (if different from 3 above)

7. TelNo.: _____ Mobile No.: _____

Fax No: _____ Email: _____

8. Food items proposed to be manufactured:

S.No.	Name of Food category/item	Quantity in Kg per day or M.T. per annum

If required attach separate sheet

If already having valid license- mention annual quantity of each food category manufactured during last three years

9. Installed Capacity food product wise (per day) _____

10. For Dairy units

(i) Location and installed capacity of Milk Chilling Centers (MCC) / Bulk Milk Cooling Centers (BMCs)/ Milk Processing Unit/ Milk Packaging Unit in litres owned or managed by the applicant.

S.No.	Name and address of MCC/BMC	Installed Capacity

If required attach separate sheet

- (i) Average Quantity of milk per day to be used/handled in
- a. in lean season _____
 - b. in flush season _____

(iii) Milk products to be manufactured and their manufacturing capacity (tones/year)

1).....

2).....

3).....

11. For Solvent -Extracted Oil, De oiled meal and Edible Flour:

(i) Details of proposed business

Name of Oil bearing material	From seed or nut or cake	Solvent -Extracted Oil, De oiled meal and Edible Flour						Vegetable Oil
		Crude	Neutralized	Neutralized & Bleached	Refined	De oiled meal	Edible Flour	

If already having valid license- mention annual quantity of each product manufactured during last three years

ii) Name and address of factory or factories used by the miller or solvent extractor for processing oil bearing material produced or procured by him or for refining solvent extracted Oil produced by him.

12. Sanctioned electricity load or HP to be used -

13. Whether unit is equipped with an analytical laboratory

If yes the details thereof:-

14. In case of renewal or transfer of license granted under other laws as per proviso to Regulation 5(1) - period for which license required (1 to 5 years)

15. I/We have forwarded a sum of Rs. _____ towards License fees according to the provision of the Food Safety and Standards Regulations, 2011 vide:

Demand Draft no (payable to)

(Signature of the applicant/authorized signatory)