

**OFFICE OF THE COLLECTOR AND DISTRICT MAGISTRATE,
KALAHANDI, BHAWANIPATNA.**

(Social Welfare Section)

No. 850 /Mission Shakti

Date. 16/04 / 2022

Inviting Expression of Interest
for taking up different activities under health Sector of Health
& Family Welfare Department

Interested WSHGs/ SHG Federations having willingness and aptitude for undertaking various activities under health Sector (Attached in Annexure-I) of Health & Family Welfare Department are invited to submit their proposal before the concerned CDPO in the format (attached in Annexure-II) within 15 (Fifteen) days of this Advertisement i.e. by 05.05.2022.

Enclosed:

Annexure- I: - Activities under Health Sector.

Annexure- II: - Application form (available at concerned CDPO office)

NB: - The applicant WSHG/ SHG Federations can get the detailed information on the scheme from the concerned Block Public Health Officer (BPHO)/ Medical Officer (MO) / BPM-NHM.


16.4.22
**District Social Welfare Officer,
Kalahandi**

WSHG/ SHG Federation Selection Criteria

- WSHG for these proposed intervention includes SHG federation.
- WSHG must have completed one years from date of formation.
- WSHG should belong to the same Block where they proposed to take up the activity.
- WSHG must have an active bank account with regular monthly savings by WSHG members.
- WSHG must not be a Bank Loan defaulter.
- WSHG must have undertaken regular and systematic book keeping including maintenance of Meeting Register, Cash Book, Internal Lending Register and updated Pass Books.
- WSHG must be fulfilling Activity wise criteria as attached in Annexure – I.A.


16.4.22
**District Social Welfare Officer,
Kalahandi**

Memo No. 851

Dt. 16/04 / 2022.

Copy forwarded to all CDPOs, Kalahandi District to publish in the notice board of office of BDO, CDPO, AWCs, GP / GPLFs and BLF.

Copy forwarded to the DPM, OLM, Kalahandi for information & necessary action, with a request to share the EOI among all CRP/MBK/GPLFs/SHGs.

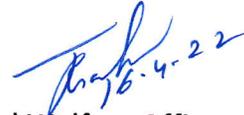
Copy submitted to the District Information Officer, NIC, Kalahandi, for publishing the notification in the district Website.

Copy Submitted to all BDOs, Kalahandi District for information & necessary action.

Copy Submitted to the DPHO, Kalahandi / DPM- NHM, Kalahandi for favour of information & necessary action.

Copy submitted to the PD, DRDA, Kalahandi, for favour of kind information.

Copy Submitted to the PA to Collector for kind information of the Collector & DM, Kalahandi.

 16-4-22

**District Social Welfare Officer,
Kalahandi**

ଜିଲ୍ଲାପାଳ, କଳାହାଣ୍ଡି ଜ୍ଞାପନାଲୟ

ଭବନୀପାଟଣା

(ସମାଜ ମଙ୍ଗଳ ବିଭାଗ)

ପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା: ୮୫୦/ ମିଶନ ଶକ୍ତି ତା: ୧୫/୪/୨୦୨୨

ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ବିଭାଗ ଅନ୍ତର୍ଗତ ବିଭିନ୍ନ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ରେ ନିୟୋଜିତ ନିମନ୍ତେ ଆଗ୍ରହୀ ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ / ମହାସଂଘ ମାନଙ୍କ ଠାରୁ ଆବେଦନପତ୍ର ଆହ୍ଵାନ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବିଜ୍ଞାପନ ।

ଏତଦ୍ଵାରା ଆଗ୍ରହୀ ଏବଂ ଦକ୍ଷତା ଥିବା ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ମାନଙ୍କୁ, ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ବିଭାଗ ଅନ୍ତର୍ଗତ ବିଭିନ୍ନ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ (ପରିଶିଷ୍ଟ -୧) ରେ ନିୟୋଜିତ ନିମନ୍ତେ ସମସ୍ତ ବୃକ୍ଷ ଅନ୍ତର୍ଗତ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିକାଶ ପ୍ରକଳ୍ପ ଅଧିକାରୀ ଜ୍ଞାପନାଲୟରେ ପରିଶିଷ୍ଟ -୨ ଅନୁସାରେ ଆବେଦନପତ୍ର ଦାଖଲ ନିମନ୍ତେ ବିଜ୍ଞାପନ ଆହ୍ଵାନ କରାଯାଉଅଛି । ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ଏହି ବିଜ୍ଞାପନ ର ୧୫ ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଅର୍ଥାତ ୨୦୨୨ ମସିହା ୧୫/୪ ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ନିଜର ଆବେଦନପତ୍ର ଦାଖଲ କରିବେ ।

ପରିଶିଷ୍ଟ -୧ :- ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ଅଧୀନରେ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ।

ପରିଶିଷ୍ଟ -୨ :- ଶିଶୁ ବିକାଶ ପ୍ରକଳ୍ପ ଅଧିକାରୀ ଜ୍ଞାପନାଲୟରେ ଉପଲବ୍ଧ ଓଡ଼ିଆ ଏବଂ ଇଂରାଜୀ ଭାଷାରେ ଲିଖିତ ଆବେଦନ ପତ୍ର ।

ବିଶେଷ ସୂଚନା :- ଆବେଦନକାରୀ ମହିଳା ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ମାନେ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ଅଧୀନରେ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସମସ୍ତ ସୂଚନା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୃକ୍ଷ ଜନସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ଅଧିକାରୀ / ମେଡିକାଲ ଅଫିସର/ ବୃକ୍ଷ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପରିଚାଳକ-ଜାତୀୟ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ ଜ୍ଞାପନାଲୟରେ ଦାଖଲ କରିବେ ।

୦୫୫୫/୨୦୨୨ ୧୫/୪/୨୨
ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ ମଙ୍ଗଳ ଅଧିକାରୀ
କଳାହାଣ୍ଡି

ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ଚୟନ ର ନିୟମାବଳୀ

୧. ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବିତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ହୋଇଥିବା ଆବଶ୍ୟକ ।
୨. ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ଗଠନ ହୋଇ ଅତିକମରେ ୧ ବର୍ଷ ପୂର୍ଣ୍ଣ ହୋଇଥିବ ।
୩. ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ବିଭାଗ ଅଧୀନରେ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ରେ ଲିସ୍ତ ହେବା ପାଇଁ ଆଗ୍ରହୀ ଥିବା ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ଉକ୍ତ ବୃକ୍ଷ ର ବାସିନ୍ଦା ହୋଇଥିବେ ।
୪. ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ର ଏକ ସକ୍ରିୟ ବ୍ୟକ୍ତି ଆକାଉଣ୍ଟ ଥିବା ଆବଶ୍ୟକ । ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ / ମହାସଂଘ ର ସଭ୍ୟା ମାନେ ନିୟମିତ ଭାବରେ ମାସିକ ସମ୍ପର୍କ କରୁଥିବେ ।
୫. ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ର ଋଣ ଖୁଲାପି ହୋଇନଥିବେ ।
୬. ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ନିୟମିତ ଖାତାପତ୍ର ପରିଚାଳନା ସହ ସଠିକ ପଦ୍ଧତିରେ ବୈଠକ ଖାତା, କ୍ୟାଶ ବହି ଏବଂ ଆଭ୍ୟନ୍ତରୀଣ ଋଣ ଖାତା ଅପଡେଟ କରି ରଖି ଥିବା ଆବଶ୍ୟକ ।
୭. ମହିଳା ସ୍ଵୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ସୁନିଶ୍ଚିତ ଭାବେ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ଖାରୀ (ସଂଲଗ୍ନ - I.A.) ମାନଦଣ୍ଡକୁ ପୂରଣ କରୁଥିବା ଆବଶ୍ୟକ ଅଟେ ।

୦୫୫୫/୨୦୨୨ ୧୫/୪/୨୨
ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ ମଙ୍ଗଳ ଅଧିକାରୀ
କଳାହାଣ୍ଡି

ଜାପକ ସଂଖ୍ୟା ୮୫୧ / ମିଶନ ଶକ୍ତି

ତା. ୧୫/୪/୨୦୨୨

ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ ସମସ୍ତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ପ୍ରକଳ୍ପ ଅଧିକାରୀ, କଳାହାଣ୍ଡି ଜିଲ୍ଲା ଅବଗତି ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣ କରାଗଲା ଓ ସେମାନେ ଏହି ବିଜ୍ଞାପନ ପତ୍ର କୁ ନିଜ ଫଳକରେ ଲଗାଇବା ସହ ଗୋଷ୍ଠୀ ଉନ୍ନୟନ ଅଧିକାରୀ, ସମ୍ପୃକ୍ତ ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର, ଗ୍ରାମପଞ୍ଚାୟତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ଏବଂ ବ୍ଲକ ଓ ପଞ୍ଚାୟତ ମହାସଂଘ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ର ବିଜ୍ଞାପନ ଫଳକରେ ଲଗାଇବା ନିମନ୍ତେ ଅନୁରୋଧ କରାଗଲା । ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ DPM(OLM) ଜିଲ୍ଲା ଅବଗତି ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣ କରାଗଲା ଓ ଏହି ବିଜ୍ଞାପନ ଜିଲ୍ଲା ର ସମସ୍ତ CRP/MBK/GPLF/SHGs କୁ ଅବଗତି କରିବା ନିମନ୍ତେ ଅନୁରୋଧ କରାଗଲା ।

ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ ଜିଲ୍ଲା ସୂଚନା ଅଧିକାରୀ, କଳାହାଣ୍ଡି ଜିଲ୍ଲା ଅବଗତି ନିମନ୍ତେ ଏବଂ ଜିଲ୍ଲା ଷ୍ଟେସାଇଟ ରେ ବିଜ୍ଞାପନ ବାହାର କରିବା ପାଇଁ ପ୍ରେରଣକରାଗଲା ।

ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ ସମସ୍ତ ବ୍ଲକ ଉନ୍ନୟନ ଅଧିକାରୀ, କଳାହାଣ୍ଡି ଜିଲ୍ଲା ଅବଗତି ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣ କରାଗଲା ।

ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ ଜିଲ୍ଲା ଜନସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ଅଧିକାରୀ/ ଜିଲ୍ଲା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପରିଚାଳକ- ଜାତୀୟ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ, କଳାହାଣ୍ଡି ଜିଲ୍ଲା ଅବଗତି ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣ କରାଗଲା ।

ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ ପ୍ରକଳ୍ପ ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ, ଡି.ଆର.ଡି.ଏ, କଳାହାଣ୍ଡି ଜିଲ୍ଲା ଅବଗତି ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣ କରାଗଲା ।

ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ କଲେକ୍ଟର ଏବଂ ଡିଏମ୍, କଳାହାଣ୍ଡି ଜିଲ୍ଲା ଅବଗତି ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣ କରାଗଲା ।

କଳାହାଣ୍ଡି, ୧୫/୪/୨୨

ଜିଲ୍ଲା ସମାଜ ମଙ୍ଗଳ ଅଧିକାରୀ
କଳାହାଣ୍ଡି

Notice for the taking up the activity “

”

1. Name of the WSHG/ SHG Federation: _____
2. WSHG/ SHG Federation Address:
 - Village _____ Post office _____
 - GP / Ward _____ Block _____
 - District _____ PIN _____
 - ICDS Project _____
3. Date & Year of formation: _____
4. Present Livelihood activities undertaking: _____
5. Name of the place where the activity will be taken up: _____
6. Whether WSHG has been involved in any Economic Activities at least for 1 year(Yes/No)-
If Yes, please mention the details: _____
7. Bank and Branch name _____ IFSC Code: _____
8. Funds Available in the Savings Bank Account: _____
 - (a) Regular Savings (Yes/ No): _____
 - (b) Amount of Savings (in Rs.): _____
 - (c) Weather Loan taken (Yes/No): _____
if yes, mention the number of times loan availed: _____
 - (d) If loan availed, Amount of total Loan (in Rs.): _____
 - (e) Amount of total loan repaid (in Rs.): _____
 - (f) Mode of Loan Repayment (regular / irregular): _____
 - (g) Meeting Register Maintained (Yes/ No): _____
 - (h) Cash Book maintained (Yes/ No): _____
9. 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. –
10. Details tailoring unit/Sanitary Napkin making unit & experience shall be mentioned for supply of Masks & sanitary napkins. - _____
11. Contact No: _____
12. Resolution of the WSHG to take up the activity is enclosed (Yes/No): _____

Seal & Signature of President

Seal & Signature of Secretary Date:

Acknowledgement

Received the Expression of Interest from _____ SHG /
Federation, Village _____ GP _____, on date _____ for the scheme
titled _____.

Signature of the CDPO/ Authorized Signatory

Date:

“ ଯୋଜନା ପାଇଁ ଆବେଦନ ଫର୍ମ

1. ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘର ନାମ: _____
2. ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ/ ମହାସଂଘ ର ଠିକଣା :
 ଗ୍ରାମ _____ ପୋଷ୍ଟ ଅଫିସ _____
 ଗ୍ରାମପଞ୍ଚାୟତ ବା ଖାର୍ଡ _____ ବ୍ଲକ୍ _____
 ଜିଲ୍ଲା _____ ପିନ୍ _____
 ଆଇସିଡିଏସ ଅଫିସ _____
3. ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ଗଠନ ତାରିଖ ଏବଂ ବର୍ଷ : _____
4. ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ର ବର୍ତ୍ତମାନର ଜୀବିକା : _____
5. କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ କରିବାକୁ ଥିବା ଗାଁର ନାମ: _____
6. ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଅତିକମ୍ରେ ଏକବର୍ଷ କୌଣସି ଅର୍ଥନୈତିକ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ରେ ଜଡ଼ିତ ଅଛି କି ନାହିଁ (ହଁ / ନା): _____
 ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ: _____
7. ବ୍ୟାଙ୍କ ଓ ଶାଖାର ନାମ _____ ଆଇଏଫଏସସି(IFSC Code): _____
8. ଜନାଖାତାରେ ଅବଶିଷ୍ଟ ରାଶି :: _____:
 - a. ନିୟମିତ ଜମା- (ହଁ/ ନା): _____
 - b. ସଞ୍ଚୟ ଟଙ୍କା (in Rs.): _____
 - c. ରଣ ନେଇଛନ୍ତି କି (ହଁ/ ନା), _____
 ଯଦି ହଁ କେତେ ଥର ରଣ ନେଇଛନ୍ତି: _____
 - d. ସମୁଦାୟ ରଣ ର ପରିମାଣ (ଟଙ୍କା): _____
 - e. ସମୁଦାୟ କେତେ ଟଙ୍କା ରଣ ପରିଶୋଧ କରିଛନ୍ତି: _____
 - f. ରଣ ପରିଶୋଧ (ନିୟମିତ/ ଅନିୟମିତ): _____
 - g. ନିୟମିତ ବୈଠକ ଖାତା ଲିଖନ (ହଁ/ ନା): _____
 - h. ନିୟମିତ କ୍ୟାଶ ବହି (Cash Book) ଲିଖନ (ହଁ/ ନା): _____
9. ହସ୍ତିଚାଳନ ତାଏଟ୍ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ଯୋଗାଣ କ୍ଷେତ୍ରରେ- ଯଦି କୌଣସି ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ଖାଦ୍ୟ ନିରାପତ୍ତା ଅଧିନିୟମ ଅନୁଯାୟୀ SHG ପଞ୍ଜିକୃତ ହୋଇଥିବେ, ପଞ୍ଜିକୃତ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ର କପି ସଂଲଗ୍ନ କରିବେ। ଅଧିକତ୍ତ୍ୱ, କୌଣସି ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀର ଖାଦ୍ୟ ସେବା ପରିଚାଳନାରେ ପୂର୍ବ ଅଭିଜ୍ଞତା ଥିବା ସୂଚିତ କରିବେ।
10. ମାସ୍କ ଏବଂ ସାନିଟାରୀ ନାପକିନ୍ ଯୋଗାଣ ପାଇଁ ସବିଶେଷ ଟେଲରିଂ ୟୁନିଟ୍ / ସାନିଟାରୀ ନାପକିନ୍ ତିଆରି ୟୁନିଟ୍ ଏବଂ ଅଭିଜ୍ଞତା ବିଷୟରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରିବେ। _____
11. ଯୋଗଯୋଗ ନମ୍ବର : _____
12. କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ କରିବାକୁ ମହିଳା ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ର ରିଜୋଲ୍ୟୁସନ୍ କପି ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି (ହଁ / ନା): _____

ଦସ୍ତଖତ (ସଭାପତି)

ଦସ୍ତଖତ (ସମ୍ପାଦିକା)

ତାରିଖ :

Acknowledgement

Received the Expression of Interest from _____ SHG / Federation, Village _____ GP _____, on date _____ for the scheme titled _____.