



# जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई।

## DISTRICT HEALTH SOCIETY, JAMUI



बिहार सरकार

### जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई।

सदर अस्पताल परिसर, जमुई-811307, फोन-06345-224563

#### संविदा के आधार पर चयन हेतु आवेदन आमंत्रण


राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (NHIM) के अंतर्गत जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई के क्षेत्राधीन संविदा/मानदेय आधारित निम्नलिखित पद पर नियोजन हेतु योग्य अभ्यर्थियों से आवेदन आमंत्रित किया जाता है।

क्र.सं.	पद, शिक्षा/कोटि एवं मानदेय	न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता एवं अनुभव	उम्र सीमा
1.	प्रखंड अनुभव एवं मूल्यांकन सहायक-सह-डाटा इंट्री ऑपररेटर अनारक्षित-1 अनुसूचित जाति (महिला)-1 मानदेय-12,500/-रु0 प्रतिमाह	1. मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय/संस्थान से स्नातक उत्तीर्ण। 2. कंप्यूटर अनुप्रयोग में एक वर्ष का डिप्लोमा। 3. कंप्यूटर में MS-Office एवं Internet का ज्ञान अनिवार्य। साथ ही, Typing Speed. अंग्रेजी में 20 एवं हिन्दी में 10 शब्द प्रति मिनट। 4. स्वास्थ्य के क्षेत्र में 2 वर्षों का कार्य अनुभव। 5. उन अभ्यर्थियों को प्राथमिकता दी जाएगी जिन्हें स्वास्थ्य के क्षेत्र में सरकारी संस्थानों में कार्य करने का अनुभव होने के साथ HMIS, MCTS Application में भी कार्य करने का अनुभव हो।	न्यूनतम-21 वर्ष अधिकतम:- 1. अनारक्षित (पुरुष) 37 वर्ष 2. पिछड़ा वर्ग/अत्यंत पिछड़ा वर्ग (पुरुष/महिला)-40 वर्ष 3. अनारक्षित (महिला)-40 वर्ष 4. अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति (पुरुष/महिला)-42 वर्ष नोट:-दिव्यांग अभ्यर्थियों को अधिकतम उम्रसीमा में 10 वर्षों का छूट अनुमान्य होगा।

- उम्र की गणना 01.08.2018 के आधार पर होगी।
- आरक्षण का लाभ केवल बिहार राज्य के निवासियों को ही दिया जाएगा। महिलाओं के लिए 35 प्रतिशत क्षैतिज आरक्षण नियमानुसार देय होगा।
- विनिर्दिष्ट मानदेय के अतिरिक्त कोई भी राशि देय नहीं होगी।
- संविदा अवधि 11 माह की होगी अथवा जब तक इस विधित्त सरकार से राशि मिलती रहेगी, जो भी पहले हो, तक मान्य होगा।
- निर्धारित प्रपत्र में आवेदन एवं Affidavit (Self) देना अनिवार्य होगा, जिसे जिला के वेबसाइट <https://jamui.nic.in> से Download कर अथवा जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई के कार्यालय से कार्यालय अथवा में प्राप्त किया जा सकता है। निर्धारित आवेदन प्रपत्र में दो पासपोर्ट साईज फोटो एवं डिगिटल हस्ताक्षर के साथ सभी शैक्षणिक प्रमाण पत्रों, अंक पत्रों, अनुभव प्रमाणपत्र, जाति प्रमाणपत्र, आयासीय प्रमाणपत्र की स्व-अभिप्रमाणित छायाप्रति एवं इस आशय का शपथ पत्र (नोटरी से) सलमन करना अनिवार्य होगा कि वे किसी भी प्रकार की मुकदमें में दखिल नहीं किए गए हैं, उनके द्वारा जमा किए गए सारे कामजात की मूल प्रति उनके पास उपलब्ध है और सही है तथा वे नियमित नियुक्ति का दावा नहीं करेंगे।
- अनारक्षित/पिछड़ा वर्ग/अत्यंत पिछड़ा वर्ग के लिए मो0-300.00 रु0 (तीन सौ रु0) मात्र एवं सभी वर्गों की महिला/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति के लिए मो0-150.00 रु0 (एक सौ पचास रु0) मात्र का आवेदन शुल्क डिगिटल हस्ताक्षर के रूप में जो "जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई" के नाम से देय तथा जमुई में भुगतान हो, आवेदन के साथ सलमन करना होगा।
- उपयुक्त पद हेतु निर्धारित योग्यता एवं अर्हता रखने वाले उम्मीदवार का पूर्ण रूप से भरा हुआ आवेदन सभी आवश्यक कामजात के साथ केवल रजिस्ट्री/स्पीड पोस्ट के माध्यम से दिनांक-20.09.2018 को अपराह्न 5.00 बजे तक सिविल सर्जन-सह-सदस्य सचिव, जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई, सदर अस्पताल परिसर, जमुई-811307 के पता पर प्राप्त हो जाना चाहिए। लिफाफे के उपर आवेदित पद का नाम एवं मोबाईल नं0 स्पष्ट रूप से लिखा होना चाहिए। निर्धारित समय के पश्चात प्राप्त आवेदन पर कोई विचार नहीं किया जाएगा।
- बिना कोई कारण बताये विज्ञापन रद्द करने अथवा संशोधित करने का अधिकार जिला स्वास्थ्य समिति के पास सुरक्षित रहेगा।

  
सिविल सर्जन-सह-सदस्य सचिव,  
जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई।

  
20/9/2018

  
जिला प्रदाधिकारी/सह-अध्यक्ष,  
जिला स्वास्थ्य समिति, जमुई।

## Application Form

(To be filled in by the candidate with Ball Point Pen in his/her own handwriting after carefully reading instructions mentioned in the TOR)

<b>Application for the post of</b>							Affix recent coloured photograph here
<b>Demand Draft Details</b>	Issuing Bank: Branch: Demand Draft Number: Date of issue: Payable at: Category: Unreserved/EBC/BC/SC/ST (tick mark ✓ whichever is applicable)						
<b>Name</b>							
<b>Father's/ Husband's Name</b> (Tick(✓) whichever is applicable)							
<b>Date of Birth</b>							
<b>Age (as on 01.08.2018)</b>							
<b>Marital Status</b>							
<b>Nationality</b>							
<b>Category/Cast</b> Tick(✓) whichever is applicable	Unreserved ( ) Extremely Backward Class ( ) Backward class ( ) Schedule caste ( ) Schedule Tribe ( ) Backward class (F) ( ) Caste: _____ (Specify) Handicapped Yes ( ) No ( ) % _____						
<b>Present Address</b>							
<b>Permanent Address</b>							
<b>Contact Number</b>							
<b>E-mail ID</b>							
<b>Academic background (Starting from highest)</b>							
<b>Sl. No.</b>	<b>Qualification</b>	<b>School/Institute/University</b>	<b>Year of passing</b>	<b>% of Marks/Grade</b>	<b>Sub/Specialization</b>		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
<b>Technical Qualification (Starting from highest)</b>							
<b>Sl. No.</b>	<b>Qualification</b>	<b>School/Institute/University</b>	<b>Year of passing</b>	<b>% of Marks/Grade</b>	<b>Sub/Specialization</b>		
1.							
2.							
3.							
<b>Typing/Shorthand Speed (If applicable)</b>							
English	Hindi	Shorthand (Eng/Hindi)		Eng-	Hin-		

<b>Trainings and workshops attended</b>				
Sl. No.	Topic	Institution/ Organization	Year	Objective of the training/ workshop
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>Work Experience (starting from the latest)( Please enclose experience certificate)</b>				
Experience 1	From			
	To			
	Organization with its brief profile			
	Designation held			
	Brief profile of the Responsibilities held			
Experience 2	From			
	To			
	Organization with its brief profile			
	Designation held			
	Brief profile of the Responsibilities held			
Experience 3	From			
	To			
	Organization with its brief profile			
	Designation held			
	Brief profile of the Responsibilities held			
<b>Total Experience (in Year Months)</b>				
<b>Any other information that the candidate would like to give in support of his/her candidature</b>				

**Declaration :** I do hereby declare that all the statements made in this application are true and complete to the best of my knowledge and belief. In the event of any particulars or information furnished by me is found to be false/incorrect/incomplete, my candidature for the post is liable to be rejected/cancelled and in the event of any statement/information found false/incorrect even after my appointment, my contract is liable to be terminate without any notice.

Place : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF THE CANDIDATE)

NOTE: THE SIGNATURE DONE ON THE APPLICATION FORM SHOULD BE IN RUNNING SCRIPT (NOT IN BLOCK LETTERS)

## Affidavit

I \_\_\_\_\_, aged \_\_\_\_\_ S/o, D/o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ permanent resident of \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ my temporary address is \_\_\_\_\_

I hereby swear an affidavit under oath that all certificates namely

1.

2.

3.

4.

5.

exist in original with me, the particulars of which has been given while filing my application to State Health Society, Bihar. All the particulars are true and match the original. All these documents can be produced by me in original as and when asked by State Health Society, Bihar.

In the event of any wrong / false claim or certificate, legal action can be initiated against me and my candidature / application can be terminated.

Signature of Applicant