

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಸೊಸೈಟಿ (ರಿ), - ಕ್ಷಯ ವಿಭಾಗ,  
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ, ಉಡುಪಿ.  
ಜಿಲ್ಲಾಸ್ವತ್ತೆಯ ಆವರಣ, ಅಜ್ಜರಕಾಡು- ಉಡುಪಿ- 576101.  
ದೂರವಾಣಿ (0820) 2536663

ಸಂಖ್ಯೆ: ಡಿಟಿಸಿ/ಆರ್/ 198/ 2020-21

ದಿನಾಂಕ: 16/09/2020.

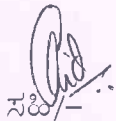
**ಪ್ರಕಟಣೆ**

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಸೊಸೈಟಿ (ರಿ),- ಕ್ಷಯ ವಿಭಾಗ, ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ, ಉಡುಪಿ ಇದರ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿ ಪರಿಷ್ಕೃತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿರುವಂತೆ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು Udupi.nic.in ನಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ದೃಢೀಕೃತ ಅಂಕಪಟ್ಟಿ, ಇತರ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಜಿಲ್ಲಾಸ್ವತ್ತೆಯ ಆವರಣ, ಅಜ್ಜರಕಾಡು- ಉಡುಪಿ ಇವರಿಗೆ ದಿನಾಂಕ 28-09-2020 ಅಪರಾಹ್ನ ಘಂಟೆ 4-30 ರ ಒಳಗೆ ಕಳುಹಿಸುವುದು. ತದ ನಂತರ ಬಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಛೇರಿಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

**ಹುದ್ದೆಯ ವಿವರ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ.**

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	ಒಟ್ಟು ಹುದ್ದೆ	ವಯೋಮಿತಿ	ಮಾಸಿಕ ವೇತನ	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ
1	TBHV	1	ಗರಿಷ್ಠ 35 ವರ್ಷ	17,850/-	1. Graduate in Science OR Intermediate (10 + 2) and experience of working as MPW/LHV/ ANM/ Healthworker / Certificate or higher course in Health Education /Counselling 2. Certificate course in computer operations (minimum six months)

ವಿ. ಸೂ. :- ಸ್ಥಳೀಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು.

  
ಸಹಿ/-

ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು,  
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ, ಉಡುಪಿ.

ಸಹಿ/-  
ಅಧ್ಯಕ್ಷರು,  
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು. ಕ. ಸೊಸೈಟಿ(ರಿ),  
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ.

Sl. No	Category/ Job title	Essential Qualification/ Requirements	Preferential Qualification	Job Specification/ responsibilities
11	Tuberculosis Health Visitor(TBHV)	<p>1. Graduate in Science OR Intermediate (10 + 2) and experience of working as MPW/LHV/ ANM/ Health worker / Certificate or higher course in Health Education / Counselling</p> <p>2. Certificate course in computer operations (minimum six months)</p>	<p>1. Training course for MPW or recognized sanitary inspector's course</p>	<p>1. Ensure regularity of treatment adherence/DOT for all types of TB patients, as per RNTCP guidelines.</p> <p>2. Responsible for decentralization of treatment adherence/DOT services and supervision of DOT Centres in the assigned geographic area</p> <p>3. Verify address of all diagnosed TB patients and educate/counsel patients and their families on the plan of treatment.</p> <p>4. Ensure that follow-up smear/culture/DST examinations of sputum are carried out as per the stipulated schedule.</p> <p>6. Monitor Maintenance of the Treatment Card and record information &amp; transfer this information to the original Treatment Card at the CHC/PHC/DMC/treatment centre during periodic meetings.</p> <p>8. Take steps for immediate retrieval of loss to follow up;</p> <p>9. Assist STS in PMDT, TB/HIV collaborative activities and PPM activities.</p> <p>10. Conduct of all ACSM activities in assigned area.</p> <p>11. Ensure seeding of bank account details and Aadhar of all TB patients in NIKSHAY.</p> <p>12. Monitor the referral feedback mechanism of all TB patients in the assigned area</p> <p>13. Ensure regular visits to PPs and chemists and provide necessary logistics.</p> <p>14. Co-ordinate between various departments in the institution for proper implementation of RNTCP guidelines</p> <p>15. Any other job assigned as per programme need</p>

## ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಭಾವ ಚಿತ್ರ

ರಿಗೆ.

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು,  
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘ (ರಿ),-ಕ್ಷಯ ವಿಭಾಗ,  
ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೇಂದ್ರ,  
ಅಜ್ಜರಕಾಡು ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಆವರಣ ಉಡುಪಿ

ಮಾನ್ಯರೇ,

ತಮ್ಮ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಪ್ರಕಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಡಿಟಿಸಿ/ಆರ್‌ಎನ್‌ಟಿಸಿಪಿ/ 198/2020-21 ದಿನಾಂಕ 16-09-2020 ಅನುಸಾರವಾಗಿ **TBHV** ಹುದ್ದೆಗೆ ಗುತ್ತಿಗೆ ಅಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ಕೇಳಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

(ಅ) ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಿರುವ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಗೂ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು.

(ಆ) ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಅಪೂರ್ಣವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲ್ಪಡುವುದು.

1. ಅ. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು  
ಆ. ತಂದೆಯ ಹೆಸರು  
ಇ. ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ

2. ಈ. ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ  
ಅ. ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿ)  
ಆ. ಊರು  
ಇ. ತಾಲೂಕು  
ಈ. ಜಿಲ್ಲೆ

3. ಪುರುಷರೇ/ಸ್ತ್ರೀಯರೇ  
4. ಅ. ಅನುಸೂಚಿತ ಜಾತಿಗೆ (ಎಸ್.ಸಿ) ಅನುಸೂಚಿತ ಪಂಗಡ (ಎಸ್.ಟಿ) ಗೆ ಸೇರಿದವರೇ (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ)  
ಆ. ಪ್ರವರ್ಗ I: II (ಎ): II (ಬಿ): III (ಎ): III (ಬಿ) ಗೆ ಸೇರಿದವರೇ ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ.  
5. ತಾಂತ್ರಿಕ ಅನುಭವ (ವರ್ಷ ಹಾಗೂ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ) ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ: ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ/ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ  
6. ದ್ವಿಚಕ್ರ ವಾಹನ ಪರವಾನಿಗೆ ಇದೆಯೇ? (ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿ): ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ/ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ

ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಅರ್ಹತೆ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರ (ದಾಖಲೆ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ) (10 ನೇ ತರಗತಿಯಿಂದ)

ಕ್ರ.ಸಂ	ಉತ್ತೀರ್ಣವಾಗಿರುವ ಪರೀಕ್ಷೆ	ಉತ್ತೀರ್ಣವಾದ ವರ್ಷ	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕಗಳು	ಪಡೆದಿರುವ ಅಂಕಗಳು	ಶೇಕಡವಾರು	ದಾಖಲೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ/ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲ
1	2	3	4	5	6	

ನನ್ನ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ, ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಜವೆಂದು ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವೆಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ ಹಾಗೂ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವಿಧಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಶರತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧನಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ :

ದಿನಾಂಕ :

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ