

लक्ष्यगत हस्तक्षेप परियोजना संचालन के लिए आवेदन पत्र
(नोट : आवेदन पत्र को भरने के पूर्व निर्देशों का भलीभांति अवलोकन कर लें।
आवेदन पत्र को साफ, स्पष्ट एवं पठनीय शब्दों में भरें,
समस्त जानकारी हिन्दी/अंग्रेजी में भरें। आवेदन पत्र को भरने के लिए
किसी एक भाषा का प्रयोग किया जाये।)

प्रति,

परियोजना संचालक,

मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति,

भोपाल

विषय :- म.प्र. राज्य एड्स नियंत्रण समिति, भोपाल द्वारा प्रकाशित विज्ञापन अनुसार जिले
(राजगढ़/खण्डवा/मण्डीदीप (रायसेन)) में लक्ष्यगत हस्तक्षेप परियोजना संचालन हेतु अभिरुचि
प्रस्ताव।

1. संस्था का नाम :
(पंजीयन प्रमाण पत्र के अनुसार, प्रमाण
पत्र संलग्न करें) संलग्नक-1 (पेज क्र)
2. पत्र व्यवहार का पूर्ण पता :
.....
.....
पिन : जिला :
3. संस्था दूरभाष (एस.टी.डी.कोड सहित)..... टेलिक्स फ़ैक्स
.....
ईमेल.....
संस्था/सीबीओ/पॉजीटिव नेटवर्क के अध्यक्ष का नाम, पता एवं मोबाइल नं :
.....
एवं सचिव/कोषाध्यक्ष का नाम एवं मोबाइल/ई-मेल का विवरण : नाम..... ई-मेल.....
.....पूर्ण पता.....मोबाइल न.....
4. वैधानिक स्थिति : () सोसायटी () सीबीओ () कंपनी () ट्रस्ट () पॉजीटिव नेटवर्क
सोसायटी/कंपनी/ट्रस्ट के रजिस्ट्रेशन प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न करें। संलग्नक-1 अनुसार
5. 1. पंजीयन विवरण : पंजीयन नं.
दिनांक पंजीयक कार्यालय/जिले का नाम
पंजीयन प्रमाण पत्र संलग्न करें। संलग्न - 1 अनुसार (पेज क्र..... सेतक)
2. वर्तमान बोर्ड/प्रबंधकारिणी समिति के सदस्यों के संपर्क पते, व्यवसाय विवरण सहित अद्यतन सूची (अधिनियम
की धारा 27 के अंतर्गत अद्यतन वार्षिक साधारण सभा के आयोजित होने के बाद तथा रजिस्ट्रार फर्म्स सोसायटी
के द्वारा प्रमाणित) संलग्न करें। संलग्न-2 (पेज क्र.....)
6. 1. संस्था का मुख्य कार्यालय/मुख्यालय किस जिले में है :

2. संस्था का कार्य, यह आवेदन करते समय किन-किन जिलों में चल रहा है :

1. 2. 3.

(परियोजना स्वीकृति के आदेश की प्रतियां, इन जिलों में संस्था के परियोजना कार्यालय के पते की सूची मय संपर्क विवरण के संलग्न करें।) संलग्न - 3 - 5 (पेज क्र..... से तक)

3. संस्था मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति के लिए लक्ष्यगत हस्तक्षेप परियोजना का कार्य प्राथमिकता के आधार पर किन 3 जिलों में करना चाहती है : (जिलों के नामों का उल्लेख, विज्ञापन में उल्लेखित जिलों की सूची में से ही किया जावे)

1. 2. 3.

7. संस्था का पंजीयन प्रमाण पत्र, नियमावली एवं आलेख के साथ अंतिम अद्यतन जमा रिटर्न/ट्रस्ट डीड संलग्न करें। - संलग्नक- 6 (पेज क्र..... से तक)

8. संस्था के वित्तीय वर्ष 2017-18, 2018-19 व 2019-20 की आडिट रिपोर्ट जिसमें इन्कम व बैलेंस सीट स्पष्ट रूप से अंकित हो, संलग्न करें। सीबीओ होने की स्थिति में 1 वर्ष 2019-20 की ऑडिट रिपोर्ट एवं बैलेंस सीट संलग्न की जाये। संलग्नक- 7 (पेज क्र.....सेतक)

इन 3 वर्षों में से किसी एक वर्ष में इन्कम रिसीप्ट अकाउंट रुपये 5 लाख अथवा उससे अधिक का होना चाहिए। सीबीओ होने की स्थिति में 3 वर्षों में से किसी एक वर्ष में इन्कम रिसीप्ट अकाउंट रुपये 01 लाख अथवा उससे अधिक का होना चाहिए। इसे स्पष्ट रूप से दर्शाने वाले ऑडिट रिपोर्ट के पृष्ठ का उल्लेख करें। (पेज क्र.....)

वर्ष	कुल आय (Income)	बैलेंस शीट की राशि	ऑडिट रिपोर्ट संलग्न कर पेज नं. लिखें	संलग्नक - 7
2017-18				(पेज क्र.....)
2018-19				(पेज क्र.....)
2019-20				(पेज क्र.....)

(संस्था की उपरोक्त तालिका में उल्लेखित वित्तीय वर्षों की सम्पूर्ण ऑडिट रिपोर्ट संलग्न करें जो अंकेक्षक (सीए) द्वारा बनाई गई हों, इस रिपोर्ट में संस्था को हुई आय की जानकारी उनके स्रोतों के साथ दर्ज हों व बैलेंस शीट भी संलग्न हों।

9. संस्था के 3 वर्षों की वार्षिक गतिविधि प्रतिवेदन वित्तीय वर्ष 2017-18, 2018-19 व 2019-20 के लिए, उस पत्र के साथ जिसके द्वारा यह वार्षिक प्रतिवेदन रजिस्ट्रार फर्म्स सोसायटी को प्रेषित किया गया हो, संलग्न करें। जिसमें संस्था की गतिविधियों की जानकारी स्पष्ट रूप से जिससे उस विशिष्ट वर्ष में संस्था के द्वारा किये गये कार्य की जानकारी प्राप्त होती हो, अंकित करें, साथ ही प्रतिवेदन में अंकित गतिविधियों के पक्ष में फोटो, समाचार पत्र में प्रकाशित समाचार की छायाप्रतियां जिसमें संस्था/आयोजन के समय/दिनांक का पता चलता हो, भी संलग्न की जायें।

संलग्नक 8 (पेज क्र..... सेतक)

अनावश्यक जानकारियां आवेदन पत्र के साथ संलग्न न की जायें।

स. क्र.	क्षेत्र	किसे जिले/स्थान में संचालित	परियोजना की कुल लागत	संबंधित विषय पर कोई परियोजना संचालित की गई है, वर्ष अंकित करें व परियोजना का विवरण दें।	परियोजना की स्वीकृति के आदेश की प्रति संलग्न करें।	संलग्नक 8
1	सामाजिक विकास (स्वास्थ्य छोड़कर)					(पेज क्र.....)

2	स्वास्थ्य (HIV-AIDS को छोड़कर) के क्षेत्र में कार्य					(पेज क्र.....)
3	एचआयव्ही/एड्स के क्षेत्र में कार्य					(पेज क्र.....)

सभी क्षेत्रों में संस्था के द्वारा प्रत्येक वर्ष में किये गये कार्यों का विवरण उपलब्ध कराया जाये। संस्था के द्वारा किये गये कार्यों के सत्यापन के लिए प्रत्येक कार्य के कार्य आदेश की स्वप्रमाणित प्रति संलग्न की जाये।

- 10.1 क्या कापार्ट या किसी अन्य शासकीय संस्था/विभाग/विश्व बैंक/अन्य यूएन संस्थाओं से अतीत में संस्था को काली सूची (Black List) में दर्ज किया गया है अथवा म.प्र. राज्य एड्स नियंत्रण समिति/किसी राज्य एड्स नियंत्रण समिति द्वारा पूर्व में किसी परियोजना को मूल्यांकन/मॉनीटरिंग/वित्तीय अनियमितता के आधार पर संस्था का अनुबंध रद्द किया गया है। हां या नहीं तो संस्था के द्वारा स्वयं का प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया जाये। **संलग्नक 9 (पेज क्र.....से तक)**
- 10.2 क्या संस्था का कोई पदाधिकारी/बोर्ड का सदस्य वर्तमान में अथवा पूर्व में किसी भी राज्य एड्स नियंत्रण समिति/टैक्नीकल सपोर्ट यूनिट/नाको का सदस्य रहा है। हां या नहीं तो संस्था के द्वारा स्वयं का प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया जाये। **संलग्नक 10 (पेज क्र..... से.....तक)**
- 10.3 क्या संस्था ने टीआई परियोजना अंतर्गत कोर ग्रुप या ब्रिज पॉपुलेशन पर वित्तीय वर्ष 2017-18, 2018-19 व 2019-20 में कार्य किया है। सीबीओ होने की स्थिति में किसी भी एक वर्ष में किये गये कार्य का विवरण विवरण लिखें (इस हेतु कार्यादेश की प्रति संलग्न करें) **संलग्नक 11 – (पेज क्र..... से तक)**

वर्ष	गतिविधि का नाम व लाभार्थियों की संख्या (प्रत्येक समूह की पृथक-पृथक संख्या दर्शायी जाये)	समूह का नाम जिसके मध्य कार्य किया गया है। (FSW/MSM/IDU/Migrant/IG/Truckers)	इस गतिविधि हेतु अनुदानदाता संस्था/विभाग का नाम	कुल अनुदान	क्या गतिविधि शासन/ भारत सरकार की योजना से संचालित है। (योजना का नाम)	योजना संचालन के लिए प्राप्त आदेश की प्रति संलग्न करें।	संलग्न
2017-18							(पेज क्र.....)
2018-19							(पेज क्र.....)
2019-20							(पेज क्र.....)

संस्था द्वारा स्वयं के व्यय से संचालित किया गया कार्य/गतिविधियों का स्व प्रमाणित प्रमाण पत्र संलग्न करें। संस्था द्वारा किये गये कार्यों का उल्लेख ऑडिट रिपोर्ट में दर्शित होने वाले पृष्ठ को चिन्हांकित करें।

- 10.4 संस्था द्वारा एच.आई.व्ही. पाजीटिव व्यक्तियों के लिए कार्य किया है, तो वित्तीय वर्ष 2017-18, 2018-19 व 2019-20 में की गई गतिविधियों का विवरण दें। प्रमाण पत्र संलग्न करें ।

संलग्नक 12 (पेज क्र.....सेतक)

वर्ष	क्या गतिविधि राज्य शासन/ भारत सरकार की किसी योजना से संचालित है। योजना का नाम दें।	लाभार्थियों की संख्या (एचआईव्ही पाजीटिव की संख्या, उनके पीआईडी नम्बर एवं एआरटी केन्द्र का नाम एवं लिंक करने की तिथि)	इस गतिविधि हेतु अनुदानदाता संस्था का नाम दर्ज करें।	कुल अनुदान कार्यादेश संलग्न करें।	अद्यतन CD4 Count/ जांच की दिनांक	संलग्न

2017-18						(पेज क्र.....)
2018-19						(पेज क्र.....)
2019-20						(पेज क्र.....)

संस्था द्वारा स्वयं के व्यय से किये गये कार्य का स्व प्रमाणित प्रमाण पत्र संलग्न करें। संस्था द्वारा किये गये कार्यों का उल्लेख ऑडिट रिपोर्ट में दर्शित होने वाले पृष्ठ को चिन्हांकित करें।

10.5 संस्था की अधोसंरचना की जानकारी -

संपत्ति का मूल्य (जैसे भूमि, भवन आदि)

क्या संस्था का भवन, मुख्यालय अथवा उन जिलों में है जहां पर संस्था कार्य करने की इच्छुक है हां अथवा नहीं में जानकारी उपलब्ध कराये।

मुख्यालय - हां / नहीं

जिला-1 - हां / नहीं

जिला-2 - हां / नहीं

जिला-3 - हां / नहीं

(संस्था की संपत्तियों का विवरण लिखें व उपकरणों की सूची संलग्न करें)

संलग्नक-13 (पेज क्र.....सेतक)

क्र.	संपत्ति / सामग्री अधोसंरचना का नाम	संख्या				संपत्ति सामग्री किसके नाम पर है	प्रमाणित करने हेतु संलग्न दस्तावेज
		मुख्यालय	जिला-1	जिला-2	जिला-3		
1.	संस्था का भवन (कक्षों की संख्या सहित)						
2.	प्रशिक्षण हॉल की संख्या						
3.	आवासीय या गैर आवासीय भवन (यदि आवासीय है तो कक्षों की संख्या)						
4.	एलसीडी / प्रोजेक्टर एवं टीव्ही						
5.	प्रशिक्षण हॉल में बैठने की व्यवस्था (न्यूनतम 25 सीटों वाला)						
6.	बड़ा हॉल (सामान्य सभा के लिए)						

11. संस्था / सीबीओ के पास PAN Card हो तो उसकी छायाप्रति संलग्न करें।
संलग्नक 14 (पेज क्र..... से तक)

12. संस्था / सीबीओ के बैंक अकाउंट की स्थिति -

Single Signatory अथवा Double Signatory हैं। संस्था / सीबीओ का बैंक अकाउंट संस्था के किन 2 सदस्यों के द्वारा संचालित किया जा रहा है। बैंक अकाउंट संचालित करने वाले व्यक्तियों के नाम संस्था में उनके पद सहित प्रस्तुत करें।

संलग्नक 15 (पेज क्र..... सेतक)

13. यदि संस्था के द्वारा, लक्ष्यगत हस्तक्षेप परियोजना संचालित करने के लिए जिलों की जो (03) प्राथमिकता दी गयी है, उनमें से किसी जिले में यदि कोई काम किया गया हो तो किए गए कार्य का उल्लेख करें :- संलग्नक 16 (पेज क्र.....सेतक)

क्रमांक	संस्था के द्वारा लक्ष्यगत परियोजना के लिए भरे गए जिलों के नाम	इन जिलों में संस्था के द्वारा संचालित की गयी परियोजना का नाम (आदेश की प्रति संलग्न करें)	परियोजना की कुल लागत	अन्य

- 14.1 आयकर पंजीयन एवं आयकर में छूट संबंधी वैध/जीवित (मान्य) 12 ए यदि हो तो नंबर एवं छायाप्रति संलग्न करें। - संलग्नक 17 (पेज क्र.....)
- 14.2 एफ.सी.आर.ए. में पंजीयन, यदि हो तो नंबर एवं प्रमाण पत्र संलग्न करें। - संलग्नक 18 (पेज क्र.....)
- 14.3 संस्था के पास वैध/जीवित (मान्य) 80G का प्रमाण-पत्र हो तो सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें। संलग्नक 19 (पेज क्र.....)
15. निम्नलिखित दस्तावेजों की स्व-प्रमाणित प्रतियां संलग्न करें :-
- (अ) प्रमाण पत्र दें कि इस आवेदन के साथ दी गई समस्त जानकारियां सही हैं यदि किसी भी समय यह पाया जाता है कि आवेदन में दी गई जानकारियां गलत हैं या संलग्न किये गये दस्तावेज में दी गई जानकारियां गलत हैं तो आवेदन तत्काल निरस्त कर दिया जावे और यदि परियोजना आवंटित की जा चुकी है तो इस परियोजना को तत्काल बंद करते हुए आवंटित की गई राशि की वसूली मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति, संस्था से कर सकती है एवं आगामी समय में किसी भी प्रकार के आमंत्रण से वंचित कर सकती है। संलग्नक 20- (पेज क्र.से तक)
- (ब) प्रमाण पत्र दें कि आवेदन के साथ कुल कितने पेज संलग्न हैं:- संलग्नक 22- (पेज क्र.....)

स्थान :

दिनांक :

कृपया संलग्न नोट अवश्य रहे

संस्था के अध्यक्ष एवं सचिव/कोषाध्यक्ष
के नाम पदमुद्रा सहित हस्ताक्षर

विशेष नोट :-

1. संस्थाओं के चयन के लिए पूर्ण निर्धारित क्राइटेरिया है, जिसमें विभिन्न चरणों की प्रक्रिया के बाद संस्थाओं का अंतिम चयन होगा। चयन के इस विभिन्न चरणों के विभिन्न दस्तावेज, प्रमाण, जानकारियों की आवश्यकता होगी। अतः आवेदनकर्ता संस्था मांगे गए सभी दस्तावेज, प्रमाण, जानकारियों, आवेदन पत्र के साथ आवश्यक रूप से संलग्न करें व पेज नं. अंकित करें। किसी भी दस्तावेज, प्रमाण, जानकारी न देने/संलग्न न करने/स्पष्ट न होने/पठनीय न होने पर आवेदनकर्ता संस्था का आवेदन किसी भी चरण में अमान्य/निरस्त कर दिया जाता है तो इसकी पूर्ण जिम्मेदारी आवेदनकर्ता संस्था की होगी। कृपया अनावश्यक जानकारियां प्रस्ताव के साथ संलग्न न की जावें।
2. प्रकाशित ईओआई के माध्यम से संस्थाओं से प्रदेश के मात्र 03 जिलों (राजगढ़, खण्डवा एवं मण्डीदीप रायसेन) हेतु आवेदन प्राप्त किये जाना है।
3. आवेदन दिये गये निर्धारित प्रारूप में ए-4 साईज में ही करें। संस्था द्वारा आवेदन प्रस्ताव सीलबंद लिफाफे में समिति कार्यालय में पंजीबद्ध डाक/कोरियर के माध्यम से निर्धारित समयावधि में जमा करना अनिवार्य है। खुले आवेदन प्रस्तावों पर समिति द्वारा विचार नहीं किया जावेगा। समिति कार्यालय में प्रस्ताव सीधे प्राप्त नहीं किए जावेंगे।
4. निर्धारित समयावधि में प्राप्त आवेदनों को समिति द्वारा इस कार्य हेतु गठित समिति के समक्ष समिति कार्यालय में खोला जावेगा।
5. परियोजना संचालक, मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति को समस्त आवेदनों को बिना कोई कारण बताए किसी भी समय निरस्त करने का पूर्ण अधिकार होगा।
- 6.
7. किसी भी प्रकरण के संबंध में विवाद होने की स्थिति में अध्यक्ष, कार्यकारिणी समिति का निर्णय अंतिम होगा, जो दोनों पक्षों को मान्य होगा।
8. जो संस्थाएं वर्तमान में समिति की परियोजनाएं संचालित कर रही हैं वे भी आवेदन कर सकती हैं किन्तु उनके कार्य/परियोजना की समीक्षा के आधार पर चयन हेतु निर्णय लिया जा सकेगा।