



मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति
(म.प्र. शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग)

E mail: - mpsacs@gmail.com Website: - www.mpsacsb.org

**कम्युनिटी सिस्टम स्ट्रेंथनिंग अन्तर्गत कम्युनिटी चैम्पियन (CSS) के लिए
पात्र उम्मीदवारों से नामांकन आमंत्रित है**

Bhopal, dated 8 December 2022

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (NACO), स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा कम्युनिटी सिस्टम स्ट्रेंथनिंग (CSS) के तहत मध्य प्रदेश राज्य में जिला स्तर पर स्वैच्छिक(वालंटियर)आधार पर प्रत्येक Key Populations (MSM, FSW, PWID and H-TG) एवं PLHIV समुदायों के साथही Key Populations के युवा समूह से भी कम्युनिटी चैम्पियन (CC) के लिए निर्धारित प्रारूप में पात्र उम्मीदवारों से नामांकन आमंत्रित किये जा रहे हैं। कम्युनिटी सिस्टम स्ट्रेंथनिंग का उद्देश्य राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (NACP) के परिणामों को बेहतर करना है, विशेष रूप से लक्षित हस्तक्षेप (TI) कार्यक्रम को मजबूत करना, कलंक और भेदभाव को कम करना, ट्रीटमेंट लिटरेसी को बढ़ाना, निर्णय लेने में समुदायों की अधिक भागीदारी, और कम्युनिटी लेड मॉनिटरिंग की संरचनात्मक प्रणाली विकसित करना है।

उपर्युक्त सभी समुदायों के इच्छुक एवं पात्र उम्मीदवारों के नामांकन (ईमेल/ पोस्ट/ व्यक्तिगत रूप से) ईमेल- mpsacs@gmail.com अथवा परियोजना निदेशक, मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, 2nd फ्लोर, OIL-FED बिल्डिंग 1, अरेरा हिल्स, भोपाल – 462011, कार्यालय में किसी भी माध्यमसे इस EOI निकलने के 15 दिवस में (22-12- 2022) तक पहुंच जाने चाहिए।

नोट:-यह जुड़ाव पूर्णतः स्वैच्छिक (वालंटियर) है।

(Approved by State Community Resource Group)

कम्युनिटी सिस्टम स्ट्रेंथनिंग अन्तर्गत कम्युनिटी चैम्पियन (CSS) के लिए पात्र
उम्मीदवारों से नामांकन हेतु प्रपत्र:

जिले का नाम जहाँ के लिए नामांकन कर रहे हैं: -----

आवेदक का नाम: -----

माता/ पिता/ संरक्षक का नाम: -----

जन्म की तारीख: -----

वर्तमान मे आयु -----

Self-attested
Passport size
photograph

Key Populations (MSM, FSW, PWID and H-TG) अथवा **PLHIV** में से जिससे संबंधित है उसका
उल्लेखकरे: -----

आपको कौन कौन सी भाषा का ज्ञान है: -----

एचआईवी /एड्स के क्षेत्र में कार्य का अनुभव (कार्य का प्रकार और अवधि): -----

विवरण संलग्न भी कर सकते हैं-

वर्तमान पता : -----

स्थायी पता: -----

संदर्भित व्यक्ति का नाम:

आवेदककानाम:

पदनाम:

पदनाम:

संस्था का नाम

पता:

संपर्क विवरण (फोन नंबर और ई-मेलआईडी):

संपर्क विवरण (फोन नंबर और ई-मेलआईडी):

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि ऊपर दी गई समस्त सूचना मेरे जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य है।
दिनांक

संदर्भित व्यक्ति के हस्ताक्षर

आवेदक के हस्ताक्षर