

ఓకమ్

గౌరవనీయులయిన మహామంత్రి గారికి,

పతంజలి యోగ పీఠం(ట్రస్టు)

హరిద్వార్

విషయం: రాష్ట్రము-----జిల్లా -----స్థానము-----

-----నందు ముఖ్య సేవాకేంద్రం () ఆరోగ్య కేంద్రము() తెరుచుట
కొరకు

అయ్యా,

నేను ----- శ్రీ/ శ్రీమతి -----

----- గారి కుమారుడను/కుమార్తెను . నా నివాస స్థలము -----

ఐ ఉన్నది నేను ----- జిల్లా లోని ----- స్థాన

మందు పతంజలి ----- (ముఖ్య సేవాకేంద్రము/ఆరోగ్యకేంద్రము)

తీసుకొనదలచుకొన్నాను. ఈ ప్రదేశము నుండి సమీప ఆరోగ్య/సేవాకేంద్రము నకు దూరము -----

----- కిలో మీటర్లు ఉన్నది. అట్లే ప్రస్తుతము ఈ జిల్లాలో -----ముఖ్య సేవ

కేంద్రము మరియు -----ఆరోగ్యకేంద్రము ఉన్నాయి.

ఔషధ కేంద్ర విషయం లో పతంజలి ఆయుర్వేద్ లి''. యొక్క అన్ని నియమాలనూ పాటిస్తా ను
అట్లే పతంజలి యోగ పీఠం (ట్రస్ట్) వారి సమాజ సేవా కార్యక్రమములలో నా సహకారము అందిస్తూ
ఉంటాను ధన్య వాదములతో

మీ విశ్వసనీయుడు,

పేరు:-----

తండ్రి పేరు:-----

చిరునామా:-----

తేదీ:-----

మో.బైల్ ఫోన్.నం:-----

జతపరచ బడినవి:1.దుకాణము ఫోటో గ్రాఫు/LAYOUT.వైశాల్యము తో పాటు, ()

2. జిల్లా మ్యాపు దానిలో ప్రస్తు తంఉన్న కేంద్రము నుండి తెరువబడే కేంద్రము

స్థానము యొక్క దూరము చూపించాలి. ()

3. బ్యాంక్ స్టేట్మెంటు ఆర్థిక స్థితి పరిగణన గురించి . ()

అనుమోదము: పై ధరఖాస్తు దారుని ద్వారా ఇవ్వ బడిన దూరము,స్థానము,వివరముల నన్నీ స్వయముగా విచారణ చేశాను.

జిల్లా ప్రభారీ : అభిప్రాయము:-----

సంతకం : -----

మండల్ ప్రభారీ : అభిప్రాయము:-----

సంతకం : -----

రాష్ట్ర ప్రభారీ : అభిప్రాయము :-----

సంతకం: -----

ముఖ్య కేంద్రీయ ప్రభారీ :అభిప్రాయము:-----

సంతకం :-----

<<<<<>>>>

ఓ 3 మ్

ముఖ్య సేవాకేంద్రము : -----

ఆరోగ్యకేంద్రము : -----

పేరు : -----తండ్రి/భర్త పేరు : -----

జిల్లా : ----- రాష్ట్రము : -----

స్థానము పేరు : -----

మొబైల్ నం. : ----- జిల్లా లోని సంచారములనుండి నివాస
ముంటున్నారు :-----.

1. సేవా కేంద్రము ఎక్కడ తెరుస్తున్నారు-- తహసీల్ ముఖ్యాలయం లేదా జిల్లా ముఖ్యాలయం : ----

2. దరఖాస్తు దారుడు ఏదయినా ఇతర వ్యాపకములో ఉన్నాడా ఉంటే వివరాలు :-----

3. జిల్లా లోని ఇతర సేవా/ఆరోగ్య కేంద్రముల వివరములు :-----

క్ర.సం	సంచాలకుని పేరు	స్థానము	దూరము	ముఖ్య సేవా కేంద్రము/ ఆరోగ్య కేంద్రము

4. తెరవబోయే స్థానం యజమాని : -----

5. ఎంత ధనం పెట్టుబడి పెట్టగలరు : -----

6. ఏదయినా రాజకీయ/సామాజిక/ఆద్యాత్మిక సంస్థలతో సంబంధం ఉంటే వివరణ : -----

7. యోగ శిక్షకుడా/ భారత్ స్వాభిమాన్ సభ్యుడా అయితే ఐ.డి.నం : -----

8. యోగ శిక్షకులు ఎప్పుడు అయ్యారు : -----

9. సమితి లో బాధ్యత : -----

- 10.శాశ్వత యోగ శిక్షణా తరగతి స్థానము : -----
- 11.ఇప్పటి వరకు ఎన్ని శాశ్వత శిక్షణా తరగతులు స్థాపించారు -----
- 12.-బదు రోజుల లేదా ఇంకా ఎక్కువ రోజులు ఎన్ని యోగ శిబిరాలు నిర్వహించారు: -----
- 13..ఎంతమంది విశిష్ట సభ్యులను /సహ- శిక్షకులను తయారు చేశారు: -----
- 14.ఎంతమంది ఉప శిక్షకులను /సాధారణ సభ్యులను తయారు చేశారు: -----
- 15.ఆశ్రమమునకు సహకారముగా ఎంత దాన సంగ్రహము చేశారు: -----
- 16.సమితి నెలసరి సమావేశాలలో హాజరు: -----
- 17.ఇతర విశేష కార్యములు; -----
-
- 18.భవిష్యత్తు లో సంస్థ ఉద్దేశ్యాలను ప్రచారం చేయటానికి ఎటువంటి సహకారం ఇస్తారు:-----
-
- 19.దరఖాస్తు దారునికి స్వయంగా లేదా కుటుంబ సభ్యులకు / బంధువుల పేర్లతో ఇంకా ఎన్ని కేంద్రములు ఉన్నాయి (సీవా కేంద్రాలు/ఆరోగ్య కేంద్రాలు): -----
- 20.దరఖాస్తు దారునికి సంబంధించిన ఏవైనా ఇతర సత్యములు సంస్థ ప్రతిష్ఠ తో పొసగనివి : -----
-

సంతకాలు : జిల్లా ప్రభారీ
ఫోను నం

మండల్ ప్రభారీ
ఫోను నం

రాష్ట్ర ప్రభారీ
ఫోను నం:

నోట్ :పైన తెల్పిన వివరముల గురించిన అవసరమైన వివరణ జత చేయ వచ్చును.
పైన తెల్పిన ఫారం స్థానిక జిల్లా అధ్యక్షుల ద్వారా పూరించగలరు

<<<<>>>>

ఓ3మ్

జిల్లా ధ్యక్షునికొరకు విశేష ఆదేశములు:

జిల్లా ధ్యక్షుడుస్థానములమధ్య పరస్పర దూరమును స్వయముగా తమ వాహనములో పరిశీలించ వలెను . ఏదైనా వాస్తవమును విరుద్ధముగా చూపించిన చో దాని బాధ్యత అనుమోదించిన జిల్లా ధ్యక్షుని పైన ఉంటుంది. దరఖాస్తు దారుని విషయం లో సంస్థ ప్రతిష్ఠ తో పొసగని వాస్తవాలు ఎవైనా ఉంటే అవశ్యము వ్రాయండి లేదా ఫోన్ ద్వారా తెలియ చేయండి.

నియమావళి :

1. దరఖాస్తు పత్రము తో పాటు సిఫార్సు పత్రము , స్థానము యొక్క ఫోటో , బ్యాంక్ స్టేట్మెంట్ పట్టణము/జిల్లా యొక్క మ్యాపు, జత చేయబడని యెడల అసంపూర్ణమైనదిగా భావించబడును.
2. దరఖాస్తు దారుని సేవా కేంద్రము , ఇతర సేవా కేంద్రములతో కనీసం 5 కిలో మీటర్లు ఉండవలెను. దరఖాస్తు దారుని సేవా కేంద్రము ఇతర ఆరోగ్య కేంద్రము తో సుమారు 3 కిలోమీటర్లు ఉండవలెను.
3. సేవా కేంద్రము/ఆరోగ్య కేంద్రము అన్యాయము(ట్రాన్స్పిర్) చేయ రాదు.
4. సేవా కేంద్రము గురించి సెక్యూరిటీ ధన రాశి 2,00,000 /- అట్లే ఆరోగ్య కేంద్రము గురించి 42,000/- ఉంటుంది.
5. సేవా కేంద్రములో పెట్టు బడి ధనము కనీసం పదిహేను లక్షల రూపాయలు, అట్లే ఆరోగ్య కేంద్రము విషయం లో పెట్టు బడి ధనము కనీసము రెండు నుండి ఐదు లక్షల రూపాయలు ఉండాలి.
6. సమితి ద్వారా దరఖాస్తు పత్రము అనుమోదించి పంపించినా సరే అంతిమ నిర్ణయము హరిద్వార్ ముఖ్యాలయముదే అయి ఉంటుంది.
7. సేవా కేంద్రము గురించి స్థానము కనీసము 750 నుండి 1000 sq.feet. విస్తీర్ణము ఉండవలెను. ఆరోగ్య కేంద్రము గురించి స్థానము కనీసము 225 నుండి 400 sq feet విస్తీర్ణము ఉండవలెను.
8. కేంద్రము ఎంపికకు సమయం పట్ట వచ్చు, దరఖాస్తు స్వీకరించే దశలో ఆశ్రమము ద్వారా మీకు తెలియజేయ బడును. స్వీకారము పొందని దరఖాస్తు లకు ఎటువంటి సూచనా ఇవ్వబడదు.
9. ఒకవేళ ఇంతకు పూర్వమే దరఖాస్తు చేసి ఉండి పైన తెల్పిన ప్రక్రియ సంపూర్ణముగా లేనిచో పూర్ణ

రూపముగా పూర్తి చేసిన దరఖాస్తు రెండవసారి పంపండి.

10. తెలియ జేసిన వివరములేవైనా అవాస్తవములని తేలితే దరఖాస్తు తిరస్కరింప బడుతుంది . అట్లే ఎంపిక చేసిన సేవా/ఆరోగ్య కేంద్రాలు రద్దు కూడా చేయ బడ వచ్చును.
11. దరఖాస్తు దారుడు ఆశ్రమము నుండి సమయానుసారము వెలువడే అన్ని నియమాలను పాటించ వలసి ఉంటుంది.
12. మండల్ ప్రభారీ/ రాష్ట్ర ప్రభారీ తమ తమ స్థాయిలలో సమితి లోని ఏ ఇతర వ్యక్తి ద్వారా నైన వివరాల వాస్తవాల గురించి తప్పక తెలుసుకోండి, ఒకవేళ వివరాలవాస్తవాలు పొంతనలేనివైనచో దరఖాస్తు పైకి పంపనే వద్దు. .
13. దరఖాస్తు ను స్వీకరించడానికి లేదా స్వీకరించక పోతానికి సర్వాధికారములు హరిద్వారములోని ముఖ్యాలయమునకే ఉన్నాయి.

<<<<>>>>