



लातूर शहर महानगरपालिका, लातूर

(आरोग्य विभाग)

- Read:- 1) Bombay Nursing Homes Registration Act,1949
2) Bombay Nursing Homes Registration (Extension & Amendment) Act 1959
3) Maharashtra Nursing Homes Registration Rules, 1973
4) Maharashtra Nursing Homes Registration (Amendment) Rules 1976
5) Bombay Nursing Homes Registration (Amendment) Act 2005

नर्सिंग होम रजिस्ट्रेशन करीता लागणारी कागदपत्रे

- फॉर्म बी (विहित नमून्यातील अर्ज)
 - नर्सिंग होम माहिती फॉर्म
 - अर्जदार डॉक्टर, नर्सिंग स्टाफ व Visiting / Resident डॉक्टरांचे
 - 1) पदवी / पदविका प्रमाणपत्र
 - 2) रजिस्ट्रेशन सर्टीफिकेट
 - अर्जदार डॉक्टरांचे ओळखपत्र,
 - Visiting Doctors चे संमतीपत्रक (दिवस वेळ नमूद करून)
 - जैविक घनकचरा विल्हेवाटीचे शुल्क भरणा केलेल्या पावतीची झेरॉक्स प्रत.
 - उपप्रादेशिक अधिकारी, महाराष्ट्र प्रदुषण नियंत्रण मंडळ यांचा दाखला
 - चालु आर्थिक वर्षाची मनपा घरपट्टी व पाणीपट्टी भरणा केलेली पावती व मनपा कर अधिक्षक यांचे बेबाकी निरंक असलेबाबतचे स्वतंत्र प्रमाणपत्र/मागील दोन वर्षांच्या घरपट्टी व पाणीपट्टी भरल्याच्या पावत्या.
 - रुग्णालयाच्या जागेचा बांधकाम परवाना व बांधकाम नकाशा (साईट प्लॅन)
 - वापर प्रमाणपत्र (O.C.) व नगररचनाकार, मनपा यांचे नाहरकत प्रमाणपत्र.
 - रेनवॉटर हार्वेस्टिंग केलेबाबतचा अहवाल (सोबतच्या विहित नमून्यात स्वतः प्रमाणित करून द्यावे)
 - रुग्णालय ईमारतीचा फोटो
 - हॉस्पिटलच्या शेजा-यांचे नाहरकत (निवासी व मिश्र वापराबाबत)
 - भाडे पावती / करारनामा (स्वतःची जागा नसल्यास)
 - मुख्य अग्निशमन अधिकारी, मनपा यांचे नाहरकत प्रमाणपत्र.
 - अर्जदार डॉक्टर व Visiting / Resident डॉक्टर शासकीय नियमित सेवेत असल्यास नॉन प्रॅक्टीस अलाऊंस (वैद्यकीय व्यवसाय रोध भत्ता) घेत नसल्याचे संबधीत कार्यालय प्रमुखाचे प्रमाणपत्र अथवा याबाबतचे परवानगी पत्र किंवा शासकीय नियमित सेवेत नसल्याचे डॉक्टरांचे Self Declaration.
 - साथीचे आजार / राष्ट्रीय कुटूंब कल्याण कार्यक्रम / पीसीपीएनडीटी / जन्म मृत्यू इ. अहवाल नियमितपणे सादर केले बाबतचा अहवाल.
- ❖ संस्था / ट्रस्ट चे रुग्णालय असल्यास मा.धर्मादाय आयुक्त कार्यालयाकडील संस्थेच्या नोंदणीचे प्रमाणपत्र.
 - ❖ नूतनीकरणासाठी अर्ज केलेला असल्यास यापूर्वीच्या नोंदणी प्रमाणपत्राची मुळ प्रत.
 - ❖ नूतनीकरणासाठी जरी अर्ज केलेला असला तरीही उपरोक्त सर्व कागदपत्रे जोडणे आवश्यक राहिल.
 - ❖ प्रस्तावाची पडताळणी प्रक्रिया पूर्ण झाल्यानंतर व तसे कळविण्यात आल्यानंतर विहित शुल्क भरणा करून घ्यावा.
टिप - प्रस्तावाला फाईल कव्हर लावून व पेज नंबरिंग करून प्रस्ताव सादर करावा.

सर्व झेरॉक्स प्रती सत्यप्रत / स्वसाक्षांकीत करून द्याव्यात.

प्रति,

मा.आरोग्य अधिकारी तथा
स्थानिक पर्यवेक्षकीय अधिकारी,
मुंबई शुश्रुषागृह नोंदणी नियम,
मनपा, लातूर.

विषय :- नर्सिंग होम नोंदणी / नुतनीकरणासाठी अर्ज दाखल करणे बाबत...

महोदय,

उपरोक्त विषयानुसार बॉम्बे नर्सिंग होम रजिस्ट्रेशन अॅक्ट (मुंबई शुश्रुषागृह नोंदणी अधिनियम) अंतर्गत ----- रुग्णालयाच्या नोंदणी / नुतनीकरणासाठी प्रस्ताव सादर करण्यात येत आहे. सोबत खालीलप्रमाणे आवश्यक कागदपत्रे जोडण्यात येत आहेत.

एकूण पेज क्र. :- -----

अ.क्र.	नोंदणी / नुतनीकरण करीता लागणारे कागदपत्र	पेज क्रमांक
1	फॉर्म बी (विहित नमून्यातील अर्ज)	
2	नर्सिंग होम माहिती फॉर्म	
3	अर्जदाराचे (Applicant Doctor) शैक्षणिक अर्हता पदवी / पदवीका प्रमाणपत्र	
4	अर्जदाराचे (Applicant Doctor) रजिस्ट्रेशन प्रमाणपत्र	
5	रुग्णसेवा देणा-या सहाय्यक (Resident) डॉक्टरांचे शैक्षणिक अर्हता / पदवी पदवीका प्रमाणपत्र	
6	रुग्णसेवा देणा-या सहाय्यक (Resident) डॉक्टरांचे रजिस्ट्रेशन प्रमाणपत्र	
7	रुग्णसेवा देण्याकरीता भेट देणा-या (Visiting) डॉक्टरांचे शैक्षणिक अर्हता / पदवी पदवीका प्रमाणपत्र	
8	रुग्णसेवा देण्याकरीता भेट देणा-या (Visiting) डॉक्टरांचे रजिस्ट्रेशन प्रमाणपत्र	
9	जीएनएम / एएनएम नर्सिंग स्टाफची शैक्षणिक अर्हता व पदवी, रजिस्ट्रेशन प्रमाणपत्र	
10	Visiting Doctors चे संमतीपत्रक (दिवस वेळ नमूद करून)	
11	अर्जदार डॉक्टर यांचे ओळखपत्र	
12	उपप्रादेशिक अधिकारी, महाराष्ट्र प्रदुषण नियंत्रण मंडळ यांचा दाखला	
13	जैविक घनकचरा विल्हेवाटीचे शुल्क भरणा केल्याची पावतीची झेरॉक्स प्रत. नुतनीकरणासाठी (यापूर्वीच्या नोंदणीपासून ते चालू महिन्यापर्यंत)	
14	चालू आर्थिक वर्षाची मनपा घरपट्टी व पाणीपट्टी भरणा केलेली पावती व मनपा कर अधिक्षक यांचे बेबाकी निरंक असलेबाबतचे स्वतंत्र प्रमाणपत्र/मागील दोन वर्षांच्या घरपट्टी व पाणीपट्टी भरल्याच्या पावत्या.	
15	रुग्णालयाच्या जागेचा बांधकाम परवाना व बांधकाम नकाशा (साईट मॅप)	
16	वापर प्रमाणपत्र (O.C.) व नगररचनाकार, मनपा यांचे नाहरकत प्रमाणपत्र.	

---//2//---

अ.क्र.	नोंदणी / नूतनीकरण करीता लागणारे कागदपत्र	पृष्ठ क्रमांक
17	रेनवॉटर हार्वेस्टिंग केलेबाबतचा अहवाल (सोबतच्या विहित नमून्यात स्वतः प्रमाणित करून द्यावे)	
18	रुग्णालय ईमारतीचा फोटो	
19	भाडे पावती / करारनामा (स्वतःची जागा नसल्यास)	
20	मुख्य अग्निशमन अधिकारी, मनपा यांचे नाहरकत प्रमाणपत्र	
21	अर्जदार डॉक्टर व Visiting / Resident डॉक्टर शासकीय नियमित सेवेत असल्यास नॉन प्रॅक्टीस अलाऊंस (वैद्यकीय व्यवसाय रोध भत्ता) घेत नसल्याचे संबधीत कार्यालय प्रमुखाचे प्रमाणपत्र अथवा याबाबतचे परवानगी पत्र.	
22	साथीचे आजार / राष्ट्रीय कुटूंब कल्याण कार्यक्रम / पीसीपीएनडीटी / जन्म मृत्यू इ. अहवाल नियमितपणे सादर केलेबाबतचा वैद्यकीय अधिकारी, ना आ केंद्र, मनपा यांचा अहवाल.	
23	संस्था / ट्रस्ट चे रुग्णालय असल्यास मा.धर्मादाय आयुक्त कार्यालयाकडील संस्थेच्या नोंदणीचे प्रमाणपत्र.	
24	नूतनीकरणासाठी अर्ज केलेला असल्यास यापूर्वीच्या नोंदणी प्रमाणपत्राची मुळ प्रत.	
25	हॉस्पिटल मालक जर बी.एच.एम.एस धारक असेल व बी.एच.एम.एस वैद्यकीय पदवी धारकांना अॅलोपॅथी प्रॅक्टीस करावयाची असेल तर शासन निर्णयानुसार राज्य शासनाने मान्यता दिलेला आधुनिक औषधशास्त्र प्रमाणपत्राचा विहित पाठ्यक्रम (Certificate Course) पूर्ण केलेला असणे व त्याचे सर्टीफिकेट सादर करणे आवश्यक राहिल. अन्यथा रुग्णालयातून अॅलोपॅथी उपचार द्यावयाचा असल्यास कायदयानुसार आधुनिक वेदयक चिकित्सा पध्दती (अॅलोपॅथी) करू शकणा-या वैद्यकीय अर्हताधारक यांना नियुक्त करावे लागेल व तसे प्रमाणपत्र जोडावे लागेल.	
26	इतर कागदपत्रे	

स्वाक्षरी

डॉक्टरचे नाव :-

हॉस्पिटलचे नाव :-

पत्ता :-

मोबाईल क्रमांक :-

ई-मेल आयडी :-



लातूर शहर महानगरपालिका, लातूर
(आरोग्य विभाग)
Latur city municipal corporation, Latur

दि मुंबई नर्सिंग होम रजिस्ट्रेशन अॅक्ट, 1949 च्या, कलम नं.5 अन्वये नोंदणीसाठी / नुतनीकरणासाठी
करावयाचा अर्ज (नियम क्र.4 व 6 अन्वये)

Application for Registration / Renewal for Registration under Section No.5 of the Bombay
Nursing Home Registration Act 1949 (Under Rules 4 & 6)

Registration	Renewal

Please ✓ in Appropriate block

		The Replies to be written in this column
१. 1.	अर्जदाराचे संपुर्ण नाव 1.Full Name of the applicant	
२. 2.	अर्जदाराचे संपुर्ण पत्ता Full residential address of the applicant	
३. 3.	अर्जदाराची शैक्षणिक पात्रता Technical qualification	
४. 4.	अर्जदाराचे राष्ट्रीयत्व Natinality of the applicant	
५. 5.	कंपनी, सोसायटी, संस्था अथवा इतर प्रस्तापित मंडळाची रजिस्टर्ड अथवा मुख्य कार्यालयाचे जागा (तिचा पत्ता) Sitation of the Registered or principa office of the company, society, association or other body corporate	
६. 6.	ज्या नर्सिंग होमची नोंदणी करण्यासाठी अर्ज केला आहे त्याचे नाव व इतर माहिती Name and other particulars of the Nursing Home in respect of which the registration is applied for	
७. 7.	नर्सिंग होमचा पत्ता Place where the Nursing Home Situated	
८. 8.	नर्सिंग होमची इमारत अथवा ज्या इमारतीची जागा नर्सिंग होमकरिता वापरली जाते त्या जागेचे, तिचा आकार व तिच्यातील सामुग्री याचे थोडक्यात वर्णन Brief description of the construction, size and equipment of the Nursing Home or any premises used in connection therwith	
९. 9.	नर्सिंग होमची इमारत अथवा ज्या इमारतीची जागा नर्सिंग होमकरिता वापरली जाते जी जागा नर्सिंग होम चालविण्याशिवाय इतर कोणत्या कारणासाठी वापरली जाणार आहे काय	

	Whether the Nursing Home or any premises used in connection therewith are used or are to be used for purposes other than that of carrying on a Nursing Home	
१०. 10.	अ) प्रसूतीच्या रुग्णासाठी ठेवलेल्या खाटांची संख्या A) Number of beds for maternity patients	
	ब) इतर रुग्णासाठी वापरात असलेल्या खाटांची संख्या B) Number of beds for other patients	
११. 11.	नर्सिंग होमच्या सेवकवर्ग पैकी प्रत्येकाचे नाव, वय व शैक्षणिक पात्रता Names, ages and qualification of the members of the Nursing Home staff in Nursing Home	
१२. 12.	नर्सिंग होममधील सेवकवर्गाची राहण्याची व्यवस्था करण्यात आलेली आहे का असल्यास त्या ठिकाणचा पत्ता Place Where the Nursing staff is accommodated	
१३. 13.	रेसिडेंट, व्हिजिटिंग फिजिशियन अगर सर्जन यांची नावे, वय व शैक्षणिक पात्रता Name, ages and qualifications of the resident or visiting physicians or surgeons in the Nursing Homes	
१४. 14.	अ) नर्सिंग होमची देखरेख पाहण्यास तज्ञ डॉक्टर अगर तज्ञ नर्स यांची नेमणूक केली असल्यास त्यांचे नाव, वय व शैक्षणिक पात्रता A) Whether the Nursing Home is under practitioner or qualified nurse and if so, his or her name, age and qualifications	
	ब) नर्सिंग होमच्या सेवकवर्गापैकी तज्ञ व बिगरेतज्ञ यांचे एकमेकाशी प्रमाण B) Proportion of the qualified and unqualified nurses on the Nursing staff	
१५. 15.	नर्सिंग होम हे तज्ञ नर्स वा तज्ञ मिडवाईफ यांच्या देखरेखीखाली आहे की कसे, असल्यास त्याचे नाव, वय व शैक्षणिक आहर्ता A) Whether the Nursing Home is under the supervision of a qualified nurse or midwife and if, so her name, age and qualifications	
	ब) नर्सिंग होममध्ये अनररिस्टर्ड डॉक्टर अगर बिगरेतज्ञ मिडवाईफ नर्सिंगच्या कामासाठी नेमली आहे काय B) Whether any unregistered medical practitioner or unqualified midwife is employed for nursing any patient in the Nursing Home	
१६. 16.	नर्सिंग होममध्ये परकीय राष्ट्रीयत्व असलेली मानसाची नेमणूक केली आहे काय, असल्यास त्याचे नाव व इतर	

16.	माहिती Whether any person of alien nationality is employed in the Nursing Home and if so, his name and other particulars.	
17.	नर्सिंग होममध्ये दाखल होणा-या रुग्णांना आकारला जाणार आकार वा फिस Fees Charged to patients	
18.	अर्जादाराचा सदर अर्जात नमुद केलेल्या नर्सिंग होम व्यतिरिक्त इतर धंद्यामध्ये हिस्सा व भाग असेल तर अन्य नर्सिंग होमचे ठिकाण व अशा धंद्याचे नाव Whether the applicant is interested in any other Nursing Home or business and if so, the place where such Nursing Home is situated or where such business is conducted	
19.	नोंदणीच्या दाखल्याचा अनुक्रमांक व त्याची मुदत केव्हा संपते तो दिनांक Number and date of expiry of the certificate of registration	

मी प्रतिज्ञापुर्वक जाहीर करतो की, वरील सत्र विधाने माझ्या समजुतीप्रमाणे व माहितीप्रमाणे खरी आहेत.

I Solemnly declare that the above statements are true to the best of my knowledge and belief

Date : / /20

Signature.....

Name.....



Latur City Municipal Corporation, Latur
Private Nursing Home
For Registration / Renewal of Registration

Applicant's
Photo

For Maternity patients :-

For other patients :-

I.C.U. beds :-

For Below poverty Line Patient (For Trust Hospitals) :-

- Hospital owns Ambulance: yes/no

If yes, how many

- Availability of power supply :-

What type of emergency arrangements are present in case of power failure?

.....

- Property tax number :-

(attach copy of property tax and Water tax paid for current year.)

12. M.P.C.B. Authorization No. & Date :-

Name & designation of person responsible for Bio-Medical waste management :-

.....

13. A) Whether hospital is recognized Tubectomy Centre / applied for tubectomy centre :-

B) If yes, mention the centre no. :-

14. A) Whether hospital is recognized MTP centre :-

B) If yes, mention the centre no. :-

15. A) Whether hospital is registered under PCPNDT Act :-

B) If yes, mention the Registraion no. :-

16. Whether hospital is registered in CRS Software for online birth & death registration :-

---//3//---

17. Description of building construction

- Whether the nursing home is situated in : Commercial Complex / Independent

Housing Society / residential area

(If in residential area Attach the N.O.C. given by society or the Residents)

- Building (own Building / Rental) :-
- Owner of building (Specify the name) :-
- Type of building Permission :-
(residential/ Commercial / residential + Commercial /Industrial/Public /Semi-Public)
- Whether Separate Staircase is Available for Hospital :-
(if Hospital is in residential building)
- Whether Lift is Available (Yes/No) :-
- Total Floors of the building :-
- Floors used for Hospital purpose :-
- Parking Area is available within the hospital premise (Yes/No) :-
- If yes ,give details of parking area :-
- Whether any premises is used for other than that of carrying out a nursing home :-
.....
- Whether Rain Water Harvesting had done to the building :-
- Total area of Nursing Home :- Sq.Feet
- No.of Rooms of Nursing Home :-
- No.of Operation Theatres available :..... Yes/no
- Total Area of Operation Theatre: Sq.Feet
- Water Supply :- Corporation / Boring / Other(specify)
- Drainage system :- Open space /Septic tank /Soakage pit /Open Drains /underground drains

---//4//---

18. Details of available equipments – (state the number available)

Equipments	Available nos.
Boyl's Machine (If O T present)	
Ventilators (If ICU facility present)	

Defibrillator (If OT/ICU facility present)	
Tracheostomy set	
Laryngoscope	
Endotracheal tube	
E.C.G. machine	
X-ray machine	
USG machine	
CT Scan	
MRI	
Pulse ox meter	
Suction machine	
Oxygen cylinder	
Ambu bag adult	
Ambu bag Paediatric	

19. A) Whether you had submitted the national programmes monthly reporting regarding with your hospital regularly to concerned authority :-

(If yes, then attach certificate of concerned authority in prescribed format)

20. Whether N.O.C. from chief fire officer, Latur corporation is attached :-

21. Whether N.O.C. from Town Planner, Latur Corporation is attached :-

Sign & seal of
Hospital owner

Details of Hospital Owner :

Name of Doctor	Qualification	Speciality	Reg.No.	Renewal Upto	Whether Regular Govt.employee (Yes/No)	Signature

Details of visiting doctors:

Name of Doctor	Qualification	Speciality	Reg.No.	Renewal Upto	Whether Regular Govt.employee (Yes/No)	Signature

(If the hospital owner is homeopathic/Ayurvedic and visiting doctors are allopathic then their affidavit for 24 hour attendance on rs 100/- stamp paper must be attached)

(If any Doctor is regular Govt.employees,attach the Certificate from HOD about NPA)

Details of resident Doctors:

Name of Doctor	Qualification	Pathy	Reg.No.	Renewal Upto	Signature

Details of Qulified nursing staff:

Name of Nursing Staff	Qualifications	Reg.No.	Renewal Upto	Signature

Attach attested Xerox copies of degree/diploma certificate & reg.certificates

Sign & Seal of Hospital owner

Latur Municipal Corporation, Latur

RENEWAL OF NURSING HOME REGISTRATION CERTIFICATE OF MONTHLY INFORMATION SYSTEM

(Note:- APPLICABLE FOR ONLY RENEWAL APPLICATION)

	Applicable	Not Applicable
1) Sterilisation operations (Tubectomy/Vasectomy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Cu-T insertions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Immunization services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) MTP Reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) PCPNDT Reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Information on Notifiable, Communicable Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) RNTCP-DOTS therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Birth & Death reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This is to Certify that as above mentioned 8 types of reports, out of these total ----- number of reports are applicable for our hospital and these reports have submitted regularly by our hospital to the Corporation’s Urban Health Centre / Corporation Main Office / Civil Surgeon Office and we have kept the received Copies of Submitted reports.

Applicant (Doctor’s) Name and Signature

For Office Use
Remarks of Corporation Medical Officer (Agreed / Not Agreed) :- -----
Remarks if any :- -----

Medical Officer,
Urban Primary Health Center,-----
Laur City Municipal Corporation, Latur

RAIN WATER HARVESTING Declaration

I, (Building owner/
Applicant Doctor) declared that We had established Rain
water Harvesting system in our hospital building.

Building Owner's / Applicant Doctors

Name and Signature

"नोंदणीसाठी व नुतनीकरणसाठी शुल्क (१) या कायद्यांतर्गत नोंदणी व नुतनीकरणसाठी शुश्रुषागृहातील खाटानुसार शुल्क आकारले जाईल व १ ते ५ खाटांसाठीचे शुल्क पुढील प्रमाणे राहिल.

महानगरपालिका (वर्ग ड) क्षेत्रातील शुश्रुषागृह :- ३५००/-

अ) पाच पेक्षा जास्त खाटा असलेल्या शुश्रुषागृहाला प्रत्येकी पाच वाढीव खाटांबाबत उपरोक्त दरानुसार वाढीव शुल्क आकारण्यात येईल.

आ) शुश्रुषागृहाच्या नुतनीकरणसाठी पूर्वी नोंदणी किंवा नुतनीकरणासाठी आकारलेल्या शुल्काच्या २५ टक्के वाढीव शुल्कासह शुल्क आकारले जाईल."