



ಕಛೇರಿ ದೂರವಾಣಿ : +91 80 23354039

+91 80 23354085

ಇ-ಮೇಲ್: com-hfw@karnataka.gov.in

ಆಯುಕ್ತಾಲಯ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು
ಕನ್ನಡ ಕಾಯಕ ವರ್ಷಾಚರಣೆ

ಸಂಖ್ಯೆ:ಎನ್.ಹೆಚ್.ಎಂ/ಪಿ.ಸಿ.ಪಿ.ಎನ್.ಡಿ.ಟಿ/18/21-22

ದಿನಾಂಕ: 15.06.2021

ಸುತ್ತೋಲೆ

ವಿಷಯ: ಕೋವಿಡ್-19 ಪಾಸಿಟಿವ್ ಪೋಷಕರ ಮಕ್ಕಳ ಮಾಹಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ

ಉಲ್ಲೇಖ: ದಿನಾಂಕ: 07-05-2021ರಂದು ನಡೆದ ಮಾನ್ಯ ಉಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ಬಾಲನ್ಯಾಯ ಸಮಿತಿಯ ನಿರ್ದೇಶನದ ಮೇರೆಗೆ.

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಕೋವಿಡ್-19ರ 2ನೇ ಅಲೆಯು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತಿದ್ದು, ಪಾಸಿಟಿವ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೋವಿಡ್ ನಿಂದಾಗಿ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮಕ್ಕಳ ರಕ್ಷಣಾ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದಿಂದ ಪುನರ್ವಸತಿ ಒದಗಿಸಲು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಆದ್ದರಿಂದ ಕೋವಿಡ್ ಪಾಸಿಟಿವ್ ಆಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಕೋವಿಡ್ ಸೋಂಕಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ದಾಖಲಾಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಈ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ಅನುಬಂಧದಲ್ಲಿ ದಿನನಿತ್ಯ ಮಕ್ಕಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದ ಇ-ಮೇಲ್: icpscovid@gmail.com & ddpcpndtkar@gmail.com ಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಈ ಮೂಲಕ ಸೂಚಿಸಿದೆ.

(*ಹಾ. ಕ.ವಿ. ತ್ರಿಲೋಕ ಚಂದ್ರ*)

ಆಯುಕ್ತರು

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು

ಇವರಿಗೆ,

1. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಎಲ್ಲಾ 5 ವಿಭಾಗೀಯ ಸಹ ನಿರ್ದೇಶಕರು-ಅನುಷ್ಠಾನ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಗಾಗಿ.

ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ:

1. ಅಪರ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ.
2. ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ.
3. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ.
4. ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು.

To be filled only by Covid +ve Patients who have children
within 18 years of age

I. Details of the Hospital admitted

- a) Name of the Patient
- b) Relation of the Patient to the Child
- c) Date of the Admission
- d) Name of the Hospital and full Address

II. Details of Children (Within 18 years of age) in the Family

Sl.No.	Details	1 st Child	2 nd Child
a)	Name of the Child		
b)	Age		
c)	Sex		
d)	Address where the child is presently residing		

III. Details of Spouse

- a) Name of Husband/Wife
- b) Age
- c) Address and contact number
- d) Whether Spouse can take care of children says Yes/No
- e) If No- Reasons

IV. If the answer to the question III(d) is "No"

To whom the child needs to be handed over for the care and protection of the child

- a) Name
- b) Their relationship to child
- c) Their address and contact number

V. Any additional information or details that he/she wishes to provide about child (to Govt.,)

It is certified that the information provided above is correct.

Date:

Signature
Name and Contact Number

**18 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿರುವ ಕೋವಿಡ್ ಪಾಸಟೇವ್ ರೋಗಿಗಳು ಭರ್ತಿ
ಮಾಡಬೇಕಾದ ವಿವರ**

- I. ದಾಖಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿವರ
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು
 - ಮಗುವಿನೊಡನೆ ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧ
 - ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ
 - ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ(ಪೌನ್/ಜಿಲ್ಲೆ ಹೆಸರಿನೊಂದಿಗೆ)

- II. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ವಿವರ (18 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ)

ಕ್ರ.ಸಂ.	ವಿವರ	1ನೇ ಮಗು	2ನೇ ಮಗು
a)	ಮಗುವಿನ ಹೆಸರು		
b)	ವಯಸ್ಸು		
c)	ಲಿಂಗ		
d)	ಮಗುವಿನ ಪ್ರಸ್ತುತ ವಾಸ್ತವ್ಯದ ವಿಳಾಸ		

- III. ಸಂಗಾತಿಯ ವಿವರ

- ಗಂಡ/ಹೆಂಡತಿ ಹೆಸರು
- ವಯಸ್ಸು
- ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್
- ಸಂಗಾತಿಯು ಮಗುವಿನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವರೇ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ
- ಇಲ್ಲವಾದಲ್ಲಿ ಕಾರಣ

- IV. III(d)ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರ ಇಲ್ಲವಾದಲ್ಲಿ

- ಮಗುವನ್ನು ಯಾರ ಸುಪರ್ದಿಗೆ ಕೊಡಬೇಕು
- ಹೆಸರು
- ಮಗುವಿನೊಡನೆ ಅವರ ಸಂಬಂಧ
- ಮಗುವನ್ನು ಸುಪರ್ದಿಗೆ ಪಡೆಯುವವರ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್

- V. ಮಗುವಿನ ಕುರಿತು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಹೇಳಬೇಕಾದ ಇತರೆ ವಿಷಯಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಿವರ

ಮೇಲೆ ನೀಡಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯು ಸರಿ ಇದೆ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸಹಿ
ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ