



# OFFICE OF THE MUNICIPAL COUNCIL, SUNDARGARH

ବିଜ୍ଞାପନ ସଂଖ୍ୟା: ୧୧୭୨..... ତାରିଖ: ୧୯/୦୩/୨୫

ଏତତ ଦ୍ୱାରା ସୁନ୍ଦରଗଡ଼ ପୌରପରିଷଦ ଅନ୍ତର୍ଗତ ସମସ୍ତ ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ମାନଙ୍କର ଅବଗତ ନିମନ୍ତେ ଜଣାଇ ଦିଆଯାଉଅଛି କି ସରକାରୀ ମେଡିକେଲ୍ କଲେଜ୍ ଏବଂ ହସ୍ପିଟାଲ୍ ସୁନ୍ଦରଗଡ଼ ପକ୍ଷରୁ ନୂତନ କାଫେଟେରିଆ ଖୋଲିବା ଏବଂ ତାହାର ପରିଚାଳନା ଓ ରକ୍ଷାଶାବ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ଯୋଗ୍ୟ ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ ଠାରୁ ମୋହରା ଲଗା ଅଭିରୁଚି ପ୍ରକାଶ ପତ୍ର (EOI) ଆମନ୍ତ୍ରଣ କରାଯାଉଛି।

## ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ତାରିଖ:

EOI ଜାରି ତାରିଖ: ୦୫/୦୩/୨୦୨୫

ଆବେଦନ ଦାଖଲର ଶେଷ ତାରିଖ: ୨୦/୦୩/୨୦୨୫

EOI ଖୋଲା ତାରିଖ: ୨୩/୦୩/୨୦୨୫

### 1. ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ

ଏହି EOI ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ହେଉଛି ଏକ ଯୋଗ୍ୟ ଓ ଅନୁଭବୀ SHG ଚୟନ କରି କ୍ୟାଟ୍ରିନ୍ କୁ ସୁଚାରୁ ଭାବେ ପରିଚାଳନା କରିବା, ଯାହାର ମାଧ୍ୟମରେ—

- ସ୍ୱଚ୍ଛ ଓ ହାଇଜିନିକ ଖାଦ୍ୟ ପ୍ରସ୍ତୁତି
- ଗୁଣବତ୍ତାପୂର୍ଣ୍ଣ ସେବା
- ସମ୍ମତ ମୂଲ୍ୟରେ ଖାଦ୍ୟ ଯୋଗାଣ
- ପରିଚ୍ଛନ୍ନ ପରିବେଶ
- ଖାଦ୍ୟ ସୁରକ୍ଷା ନିୟମ ପାଳନ

### 2. କାର୍ଯ୍ୟକ୍ଷେତ୍ର (Scope of Work)

ଚୟନିତ SHG ନିମ୍ନଲିଖିତ କାର୍ଯ୍ୟ ପାଇଁ ବାୟା ହେବେ:

- ସକାଳ ଖାଦ୍ୟ, ମଧ୍ୟାହ୍ନ ଭୋଜନ, ଚିଫିନ୍, ଚା, କଫି ଇତ୍ୟାଦି ପ୍ରସ୍ତୁତି ଓ ବିତରଣ।
- ରସୋଇଘର ଓ ଭୋଜନାଳୟର ସ୍ୱଚ୍ଛତା ରକ୍ଷା।
- କଜା ସାମଗ୍ରୀର ସୁରକ୍ଷିତ ସଂରକ୍ଷଣ।
- FSSAI ନିୟମାବଳୀ ପାଳନ।
- ଅବଶିଷ୍ଟ ପଦାର୍ଥର ସଠିକ ବ୍ୟବସ୍ଥାପନ।
- ରସୋଇ ସାମଗ୍ରୀ ଓ ଯନ୍ତ୍ରପାତିର ରକ୍ଷାଶାବ୍ଦେଶ୍ୟ।
- ଅନୁମୋଦିତ ମେନୁ ଓ ଦରତାଲିକା ପ୍ରଦର୍ଶନ।
- ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ସମୟରେ କ୍ୟାଟ୍ରିନ୍ ଖୋଲା ଓ ବନ୍ଦ କରିବା।

### 3. ଯୋଗ୍ୟତା ମାନଦଣ୍ଡ

- Mission Shakti / DAY- NULM / ସମ୍ବନ୍ଧିତ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ନିକଟରେ ପଞ୍ଜିକୃତ SHG।
- କମ୍ ସେ କମ୍ 2 ବର୍ଷର ଅସ୍ଥିତ୍ୱ।
- କ୍ୟାଟ୍ରିନ୍ / ଖାଦ୍ୟ ସେବାର ଅନୁଭବ (ପ୍ରାଥମିକତା ଦିଆଯିବ)।
- SHG ନାମରେ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତା ଏବଂ SHG କେଶ୍ ବୁକ୍
- SHG ନାମରେ PAN କାର୍ଡ।
- FSSAI ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ୍ (ଥିଲେ ଭଲ / ନଥିଲେ ନେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତୁତି) ।
- ଯେଉଁ SHG ସଦସ୍ୟମାନେ FSTP, MCC, SUH ଓ Aahaar ଯୋଜନାରେ ବର୍ତ୍ତମାନ କାର୍ଯ୍ୟରତ ଅଛନ୍ତି, ସେମାନଙ୍କୁ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରାଯିବ ନାହିଁ।
- ୦୧.୦୩.୨୦୨୨ ତାରିଖ ସୁଦ୍ଧା ଯେଉଁ ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ (SHG) କୁ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାରେ ୪ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କାରୁ ଅଧିକ ଧନରାଶି ଉପଲବ୍ଧ ରହିଥିବ, ସେହି ଗୋଷ୍ଠୀକୁ ପ୍ରଥମ ପ୍ରାଧାନ୍ୟ ଦିଆଯିବ।
- ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ (SHG) କର ଯୋଗ୍ୟତା, ଅନୁଭବ ଓ ପୂର୍ବତନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ଷେତ୍ର ସମ୍ପର୍କରେ ରେକର୍ଡ ଯଦି ସନ୍ତୋଷଜନକ ନ ଥାଏ, ତେବେ ସେହି SHG ଦ୍ୱାରା ଦାଖଲ ହୋଇଥିବା ବିତ୍ତକୁ କୌଣସି କାରଣ ଦର୍ଶାଇବା ବିନା ବାତିଲ କରିବାର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଧିକାର ନିର୍ବାହୀ ଅଧିକାରୀ (Executive Officer)ଙ୍କ ପାଖରେ ସଂରକ୍ଷିତ ରହିବ।

- କୌଣସି ସଂସ୍ଥା ଦ୍ୱାରା କଲୋଚ୍ଚାଳିତ ନହୋଇଥିବା ସମୟ ।
- ସରକାରୀ ମେଡିକେଲ କଲେଜ ଏବଂ ହସ୍ପିଟାଲ ସୁନ୍ଦରଗଡ଼(NTPC) ଛିଡା କିମ୍ବା ଟିକଟସ୍ଥ ଖର୍ଚ୍ଚ ର ସ୍ୱୟଂ ସହାୟକ ଗୋଷ୍ଠୀ କୁ ଆଗ୍ରାଧିକାର ଦିଆଯିବ ।

4. ଦାଖଲ କରିବାକୁ ପଡିବା ଦଲିଲପତ୍ର

- ଆବରଣ ପତ୍ର (Annexure-I and Annexure-II)
- SHG ପଞ୍ଜିକରଣ ପ୍ରମାଣପତ୍ର (Registration Code-NULM/Mission Shakti)
- SHG ରେଜୋଲ୍ୟୁସନ୍ କପି (Formation Resolution and last 6 month resolution copy)
- SHG ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ ର ନକଲ (Last 6 Months)
- ଅନୁଭବ ପ୍ରମାଣପତ୍ର (Experience Certificate if Available)
- PAN କାର୍ଡ କପି
- ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ କପି
- ସବସ୍ୟମାନଙ୍କ ଆଧାର କପି
- FSSAI ପ୍ରମାଣପତ୍ର (ଥିଲେ)

  
 କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ ଅଧିକାରୀ  
 ସୁନ୍ଦରଗଡ଼ ପୌରପରିଷଦ

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା : ୧୧୭୩

ତାରିଖ: ୦୫/୦୩/୨୯

ଏହି ବିଜ୍ଞପ୍ତିର ଏକକିତା ନକଲ DEGM, NIC, ସୁନ୍ଦରଗଡ଼କୁ ପ୍ରତିଲିପି ପ୍ରେରଣ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ଜିଲ୍ଲା ପୋର୍ଟାଲରେ ବିସ୍ତୃତ ପ୍ରଚାର ପାଇଁ ସୂଚନାଟିକୁ ପ୍ରକାଶ କରିବାକୁ ନିମନ୍ତ ଅନୁରୋଧ ।

  
 କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ ଅଧିକାରୀ  
 ସୁନ୍ଦରଗଡ଼ ପୌରପରିଷଦ

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା : ୧୧୭୪

ତାରିଖ: ୦୫/୦୩/୨୯

ଏହି ବିଜ୍ଞପ୍ତିର ଏକକିତା ନକଲ ପୌରାଞ୍ଚଳ ଓ ସମ୍ପର୍କିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ଯୋଜନା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସୂଚନା ଫଳକରେ ପ୍ରକାଶନ କରାଯାଇ ସର୍ବସାଧାରଣଙ୍କ ଅବଗତ ନିମନ୍ତେ ଜଣାଇ ଦିଆଗଲା । ଏହାର ଏକକିତା ନକଲ ଶିଶୁ ବିକାଶ ଯୋଜନା ଅଧିକାରୀ, ବିହିତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ନିମନ୍ତେ ପ୍ରେରଣ କରାଗଲା ।

  
 କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ ଅଧିକାରୀ  
 ସୁନ୍ଦରଗଡ଼ ପୌରପରିଷଦ

ପରିପତ୍ର ସଂଖ୍ୟା : ୧୧୭୫

ତାରିଖ: ୦୫/୦୩/୨୯

ଏହି ବିଜ୍ଞପ୍ତି ପୌରାଞ୍ଚଳ Chairperson/ Vice-Chairperson/ All Councillor କୁ ଅବଗତ ନିମନ୍ତେ ଜଣାଇ ଦିଆଗଲା ।

  
 କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ ଅଧିକାରୀ  
 ସୁନ୍ଦରଗଡ଼ ପୌରପରିଷଦ

**Annexure – I**

To

The Executive Officer  
Sundargarh Municipality  
Sundargarh

ବିଷୟ: କ୍ୟାଣ୍ଟିନ୍ ଚାଳନା ଓ ରକ୍ଷାଶାବେକ୍ଷଣ ପାଇଁ EOI ଦାଖଲ।

ମହୋଦୟ/ମହୋଦୟା,

ତାରିଖ \_\_\_\_\_ ର EOI ସୂଚନା ସମ୍ବନ୍ଧରେ ଆମ SHG ପକ୍ଷରୁ କ୍ୟାଣ୍ଟିନ୍ ଚାଳନା ଓ ରକ୍ଷାଶାବେକ୍ଷଣ ପାଇଁ ଆମର ଅଭିରୁଚି ପ୍ରକାଶ କରୁଛୁ। ଆମ SHG ଦ୍ଵାରା ଦାଖଲ ହୋଇଥିବା ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟ ସତ୍ୟ ଓ ନିୟମ ଅନୁସାରେ ରହିଛି ବୋଲି ନିଶ୍ଚିତ କରୁଛୁ।

ଧନ୍ୟବାଦ ସହ,

SHG ନାମ: \_\_\_\_\_

ଅଧ୍ୟକ୍ଷ/ସଚିବଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ମୋବାଇଲ୍ ନଂ: \_\_\_\_\_

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

**Annexure – II (ଘୋଷଣାପତ୍ର)**

ଆମ SHG କୌଣସି ସରକାରୀ/ବେସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା ଦ୍ଵାରା କଲୋସୂଚୀଭୂତ ହୋଇନାହିଁ ବୋଲି ଏହାଦ୍ଵାରା ଘୋଷଣା କରୁଛୁ।

SHG ନାମ: \_\_\_\_\_

ଅଧ୍ୟକ୍ଷ/ସଚିବଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ମୋବାଇଲ୍ ନଂ: \_\_\_\_\_

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

ସଭାପତିଙ୍କ ମୋହର ସହିତ ସ୍ଵାକ୍ଷର:

ସମ୍ପାଦକଙ୍କ ମୋହର ସହିତ ସ୍ଵାକ୍ଷର:

ତାରିଖ: