

**Government of Karnataka**  
**Karnataka State Mental Health Authority,**  
**Health and Family welfare services**  
**Arogya Soudha, Bengaluru- 560 023**  
**Phone no-080-29559040 Email: ksmha1@gmail.com**

**No.KSMHA/PRC/23/2022-23**

**Date: 29 /02/2024**

**NOTIFICATION**

Health and Family Welfare Department, Government of Karnataka invites applications for nomination for the post of non-official member in Karnataka State Mental Health Authority as required under clause (h) of sub section (1) of section 46 of the Mental Health Care Act-2017 and Mental Healthcare (State Mental Health Authority) Rules, 2018 and Karnataka Mental Health care Rules, 2021.

Sl.No.	Category	Positions
1	Mental Health Professional as defined in item (iii) of clause ( r ) of Sub-Section (1) of section 2 of the Mental Health Care Act-2017 having at least fifteen years experience in the field.	1

Terms of office, allowances, etc, of non-official members of State Mental Health Authority will be as per the provisions of the Mental Health Care Act-2017.

Nomination will be done by selection committee constituted under Mental Healthcare (State Mental Health Authority) Rules, 2018 and Karnataka Mental Health care Rules, 2021.

The applications in the prescribed format are available on the website of Health and Family welfare Department (<https://hfwcom.karnataka.gov.in/>).

**Last date for receipt of applications is 07<sup>th</sup> March 2024 till 5:00 PM.**

**Sd/-**

**Principal Secretary**  
**Department of Health and Family welfare**  
**Vikasa Soudha, Bengaluru**

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ  
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ,  
ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು  
ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಧ, ಬೆಂಗಳೂರು- 560 023  
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ-080-29559040 ಇಮೇಲ್: ksmha1@gmail.com

No.KSMHA/ PRC/23/2022-23

Date: 29 / 02 / 2024

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರ ಸ್ಥಾನಕ್ಕೆ ನಾಮನಿರ್ದೇಶನಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯಿದೆ-2017, ನಿಯಮ (46) ರಡಿ, ಉಪನಿಯಮ (1) ರ (h) ರ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ (ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ) ನಿಯಮಗಳು, 2018 ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ನಿಯಮಗಳು, 2021 ಗಳ ನ್ವಯ.

ಕ್ರ. ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಸ್ಥಾನಗಳು
1	ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯಿದೆ 2017 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ (2) ರ ಉಪ ನಿಯಮ (1) (r) (iii) ರಂತೆ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಹದಿನೈದು ವರ್ಷಗಳ ಅನುಭವವನ್ನು ಹೊಂದಿದವರು.	1

ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರ ಸ್ಥಾನದ ಅವಧಿ, ಭತ್ಯೆಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿಗಳು, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯಿದೆ-2017 ರ ನಿಬಂಧನೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಇರುತ್ತದೆ.

ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ(ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ) ನಿಯಮಗಳು, 2018 ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ನಿಯಮಗಳು, 2021 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ರಚಿತವಾದ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯಿಂದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ <https://hfwcom.karnataka.gov.in/> ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ.

ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ಕೊನೆಯ ದಿನಾಂಕ: 07/03/2024, ಸಂಜೆ 5:00 ರವರೆಗೆ.

ಸಹಿ/-

ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು  
ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ  
ವಿಕಾಸ ಸೌಧ, ಬೆಂಗಳೂರು

**Government of Karnataka**  
**Health and Family welfare Department**

Health and family welfare department, Government of Karnataka invites applications from eligible individuals/organization for nomination as non-official members of the State Mental Health Authority constituted under the Mental Health Care Act-2017.

The applications in the prescribed format are available on the website of Health and Family welfare Department (<https://hfwcom.karnataka.gov.in/>).

Application shall be submitted for the following categories under Sub- Section (1) (h) of section 46 of the Act.

<b>Sl.No.</b>	<b>Category</b>	<b>Positions</b>
1	Mental Health Professional as defined in item (iii) of clause ( r ) of Sub-Section (1) of section 2 of the Mental Health Care Act-2017 having at least fifteen years experience in the field.	1

**Eligibility Conditions:-**

1. The applicant shall be an Indian National.
2. The applicant shall not be of the age exceeding sixty seven years.
3. Persons applying for categories under clauses (h) of sub-section (1) of section 46 shall be registered under Karnataka State Mental Health Authority.

**Terms of office, allowances, of non-official members of State Mental Health Authority**

Terms of office, allowances etc, of non-official members of State Mental Health Authority will be as per the provisions of the Mental Health Care Act-2017 and The Mental Healthcare Rules (State Mental Health Authority and Mental Health Review

Boards) Rules, 2018 and Karnataka Mental Health care Rules 2021.  
( <https://mentalhealth.karnataka.gov.in>)

### **How to apply**

Applications in the Prescribed format along with required certificates/documents shall be submitted through ordinary post/speed post/by hand to The Chief Executive Officer, KSMHA and Commissioner of Health and family welfare services, 4<sup>rd</sup> floor, Arogya Soudha, 1<sup>st</sup> Cross, Magadi Road, Bengaluru- 560 023.

**Last date for receipt of applications is 7<sup>th</sup> March 2024, till 5:00 PM.**

**Application form for nomination as Non official member of the State Mental Health Authority constituted under Mental Health Care Act-2017**

Category for which applied .....

Section of the Act: .....

1.	Name and Address in Block Letter					
2.	Date of Birth					
3.	Organization					
4.	Details of employment (if any) in chronological order. Enclose a separate sheet, duly authenticated by your signature, if the space below is insufficient.					
	Office/Inst./ Org.	Post Held	From	To	Scale of pay	Nature of duties.

5.	Details of experience under the category applied for (to be supported by relevant documents)				
6.	In case application is under clauses (h) of sub-section (1) of section 46 of the Act, whether registration done with the State Mental Health authority.				
7.	If answer to (6) is no, whether undertaking enclosed				
8.	Additional information, if any, which you would like to mention in support of your suitability of being nominated as a member of the KSMHA. (Enclose a separate sheet, if the space is insufficient).				
9.	Remarks				

Date: .....

Address:

Signature of the candidate

**ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ**  
**ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ**

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯ್ದೆ-2017 ರ ಕಾಯಿದೆಯಡಿ ಸ್ಥಾಪಿತವಾಗಿರುವ ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರ ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶನಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯ್ದೆ-2017 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 46 ರ ಸಬ್ ಸೆಕ್ಷನ್ (1) (h) ರ ಪ್ರಕಾರ ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಕ್ಕೆ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ ಮಾಡಲು ನಿಗದಿತ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ (<https://hfwcom.karnataka.gov.in/>) ಜಾಲತಾಣದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ.)

ಕ್ರ. ಸಂ.	ವಿವರಗಳು	ಸ್ಥಾನಗಳು
1	ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯ್ದೆ 2017 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ (2) ರ ಷರತ್ತು(r) (iii) ರಂತೆ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಹದಿನೈದು ವರ್ಷಗಳ ಅನುಭವವನ್ನು ಹೊಂದಿದವರು.	1

**ಅರ್ಹತೆಗಳು:-**

1. ಭಾರತೀಯ ಪ್ರಜೆಯಾಗಿರಬೇಕು.
2. 67 ವರ್ಷ ವಯೋಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರಬೇಕು.
3. ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯ್ದೆ-2017 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 46 ಸಬ್ ಸೆಕ್ಷನ್ (1) ರಡಿಯಲ್ಲಿ (h) ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ತಮ್ಮ ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಡಿ ನೋಂದಣಿ ಮಾಡುತ್ತೇನೆಂದು "ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ" ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು.

**ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರ ಭತ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇತರೆ ನಿಬಂಧನೆಗಳು**

ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರ ಭತ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇತರೆ ನಿಬಂಧನೆಗಳು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯ್ದೆ-2017 ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ (ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ) ನಿಯಮಾವಳಿ 2018 ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ನಿಯಮಗಳು 2021 ಹಾಗೂ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ನಿರ್ಣಯದಂತೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತವೆ.

**ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು ಹೇಗೆ:**

ನಿಗದಿತ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳು/ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಂಚೆ/ವೇಗದ ಅಂಚೆ/ಮುದ್ದಾಂ ಮೂಲಕ ಆಯುಕ್ತಾಲಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ

ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, 4ನೇ ಮಹಡಿ,  
ಬೆಂಗಳೂರು-560023. ಇಲ್ಲಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.  
ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೊನೆಯ ದಿನಾಂಕ: 07/03/2024, till 5.00 PM.

(Copies of the Mental Health Care Act, 2017 and Rules framed there under are available  
on the Website of the Ministry of Health and Family Welfare  
(<https://mentalhealth.karnataka.gov.in/>)

**ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯಿದೆ 2017 ರ ಪ್ರಕಾರ ರಚಿಸಿರುವ ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ  
ಪ್ರಾಧಿಕಾರಕ್ಕೆ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರುಗಳ ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶನಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ**

ಸದಸ್ಯತ್ವದ ಪದನಾಮ : .....

ಯಾವ ಸೆಕ್ಷನ್ ಪ್ರಕಾರ: .....

1.	ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ																			
2.	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:																			
3.	ಸಂಸ್ಥೆ																			
4.	ಈ ಹಿಂದೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಹುದ್ದೆಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕ್ರಮವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು.(ಕೆಳಕಂಡ ಸ್ಥಳ ಕಡಿಮೆಯಾದರೆ ಪ್ರತೀಕ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸಹಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು)																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ಕಚೇರಿ/ಸಂಸ್ಥೆ</th> <th>ಹುದ್ದೆ</th> <th>ಇಂದ</th> <th>ವರೆಗೆ</th> <th>ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ</th> <th>ಕರ್ತವ್ಯಗಳು</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		ಕಚೇರಿ/ಸಂಸ್ಥೆ	ಹುದ್ದೆ	ಇಂದ	ವರೆಗೆ	ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ	ಕರ್ತವ್ಯಗಳು												
ಕಚೇರಿ/ಸಂಸ್ಥೆ	ಹುದ್ದೆ	ಇಂದ	ವರೆಗೆ	ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ	ಕರ್ತವ್ಯಗಳು															

5.	ಯಾವ ವರ್ಗದ ನೇಮಕಾತಿಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಾರೋ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅನುಭವದ ವಿವರಗಳು (ಪೂರಕ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ)	
6.	ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಕಾಯಿದೆ 2017 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 46 ಸಬ್ ಸೆಕ್ಷನ್ (1) ರ ಸೆಕ್ಷನ್ (h) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಲ್ಲಿ ವೃತ್ತಿಪರರಾಗಿ ತಮ್ಮ ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ?	
7.	(6) ನೇ ಕಾಲಂ ಗೆ ಉತ್ತರ "ಇಲ್ಲ" ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ ನೀಡುವುದು.	
8.	ಇತರ ಮಾಹಿತಿಗಳು, ರಾಜ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಧಿಕಾರೇತರ ಸದಸ್ಯರಾಗಲು ಪೂರಕ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸುವುದು.	
9.	ಷರಾ	

ದಿನಾಂಕ: .....

ವಿಳಾಸ:

ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ