



छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल

पर्यावास भवन, नार्थ ब्लॉक, सेक्टर-19

नया, रायपुर (छ.ग.) 492002

ई-मेल- hocecb@gmail.com

क्रमांक 2655/मुख्यालय/जैव चि./छ.ग.प.सं.मं./2018 नया रायपुर, दिनांक 29/6/2018

--:: कार्यालय आदेश ::--

छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल द्वारा जारी आदेश दिनांक 01.03.2018 के अंतर्गत उद्योगों/संस्थानों को Self-Certification के आधार पर संचालन सम्मति/सम्मति नवीनीकरण आवेदन प्रस्तुत करने पर सम्मतियों का नवीनीकरण किया जा रहा है। यह आदेश 15.02.2018 से प्रभावशील है।

"Ease of Doing Business" के तहत मंडल के आदेश दिनांक 24/02/2016 के द्वारा "Scheme of Auto-Renewal of Consent" based on self-certification for Red, Orange & Green category industries" की सुविधा प्रदान की गई है, इसी तारतम्य में मंडल की 43वीं बैठक में लिये गये निर्णय के अनुसार जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम 2016 की धारा 10 के अंतर्गत जारी प्राधिकार के नवीनीकरण हेतु Auto-Renewal of Authorization की सुविधा जारी किया जाना है। प्राधिकार नवीनीकरण हेतु आवेदन करने पर अधिकृत प्राधिकारी द्वारा चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम को जारी प्राधिकार अथवा प्राधिकार नवीनीकरण में अधिरोपित शर्तों का पूर्ण रूप से पालन करने संबंधी "Self-Certification" के आधार पर चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम का निरीक्षण किये बिना प्राधिकार नवीनीकरण प्रदान किये जाने की व्यवस्था की गई है। चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम द्वारा प्राधिकार नवीनीकरण के आंशिक रूप से पालन अथवा शेष शर्तों के पालन करने हेतु समय मॉग किये जाने की दशा में शर्तों के पालन हेतु बैंक गारंटी सहित प्रतिबद्धता प्रस्तुत करने पर प्राधिकार के नवीनीकरण जारी किये जाने की व्यवस्था है।

इसी अनुक्रम में मंडल मुख्यालय नया रायपुर द्वारा प्राधिकार एवं पूर्व में जारी प्राधिकार नवीनीकरण में अधिरोपित शर्तों का पूर्ण रूप से पालन करने संबंधी "Self-Certification" प्रस्तुत किया जाता है तो, उनका निरीक्षण किये बिना प्राधिकार नवीनीकरण किया जावे।

उपरोक्त तथ्यों के परिपेक्ष्य में पूर्व के जारी आदेशों में प्राधिकार नवीनीकरण की प्रक्रिया के प्रावधानों को अधिकमित करते हुए प्राधिकार नवीनीकरण की प्रक्रिया निम्नानुसार निर्धारित की जाती है, दोनों ही स्थिति में प्राधिकार अथवा प्राधिकार नवीनीकरण चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम के निरीक्षण किये बिना जारी किये जायेंगे :-

- (अ) प्राधिकार एवं पूर्व में जारी प्राधिकार नवीनीकरण में अधिरोपित सभी शर्तों का पूर्ण रूप से पालन कर लेने वाले चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम :- द्वारा प्राधिकार एवं पूर्व में जारी प्राधिकार नवीनीकरण में अधिरोपित सभी शर्तों का पूर्ण रूप से पालन करने संबंधी निर्धारित प्रपत्र "Self-Certification" (Annexure-A) एवं "Commitment

Letter” (Annexure-B) सहित प्राधिकार नवीनीकरण हेतु आवेदन किया जाता है, तो इस प्रकार प्राप्त आवेदन पर चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम का निरीक्षण नहीं किया जाकर उपरोक्त दस्तावेजों के आधार पर प्राधिकार नवीनीकरण जारी किया जावे।

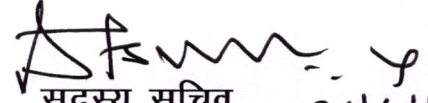
(ब) प्राधिकार एवं पूर्व में जारी प्राधिकार नवीनीकरण में अधिरोपित शर्तों का आंशिक रूप से पालन की स्थिति में शेष शर्तों के पालन हेतु समय की माँग करने वाले चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम :-

1. चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम द्वारा प्राधिकार नवीनीकरण के आंशिक रूप से पालन अथवा पालन शेष शर्तों के पालन करने हेतु निर्धारित राशि का बैंक गारंटी प्रस्तुत करते हुए समय की माँग करने पर उसे मान्य अथवा अमान्य करने का अधिकार प्रकरण अनुसार सदस्य सचिव, छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल को होगा।
2. चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम में किये गये कुल विनियोग का 0.25 प्रतिशत की राशि की बैंक गारंटी प्रस्तुत की जायेगी।
3. चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम द्वारा अण्डरटेकिंग प्रस्तुत कर शर्तों को पूर्ण रूप से पालन करने हेतु समयबद्ध कार्ययोजना का उल्लेख कर समयसीमा में लागू करने हेतु प्रतिबद्धता उद्योग/संस्थाओं के मालिक/प्रबंध संचालक/अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा निर्धारित प्रारूप **Annexure-C** में प्रस्तुत किया जावे।
4. बैंक गारंटी की वैधता अवधि शर्तों को पूर्ण रूप से पालन करने हेतु प्रस्तावित कार्ययोजना की समाप्ति की तिथि से एक वर्ष बाद तक की अवधि तक रहेगी।
5. यदि अण्डरटेकिंग के अनुसार चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम द्वारा शर्तों को पूर्ण रूप से पालन करने हेतु कार्ययोजना में दी गई समयसीमा में वृद्धि करने हेतु पुनः आवेदन प्रस्तुत किया जाता है, तो गुणदोषों के आधार पर समयसीमा बढ़ाने के निर्णय का अधिकार सदस्य सचिव, छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल को होगा। बशर्ते चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम द्वारा पूर्व में प्रस्तुत बैंक गारंटी की वैधता चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम द्वारा वांछित समयसीमा में वृद्धि की तिथि से कम से कम एक वर्ष बाद की अवधि का हो, अथवा वैधता अवधि बढ़ाकर बैंक गारंटी प्रस्तुत की गई हो।
6. बैंक गारंटी की वापसी अथवा जप्ती का अंतिम अधिकार सदस्य सचिव, छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल को होगा।
7. जप्त की गई बैंक गारंटी की राशि को बोर्ड के विशेष मद् “बोर्ड के कार्यकलाप एवं कर्तव्य” के अंतर्गत एकत्रित किया जायेगा, जिसे बोर्ड के क्रियाकलापों एवं कर्तव्यों के पालनार्थ चलाए जाने वाली परियोजनाओं अथवा जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम 2016 में उल्लेखित कृत्यों के निर्वहन पर व्यय किया जायेगा। यदि यह राशि किसी


अन्य मद में खर्च की जानी है, जो इस हेतु राज्य बोर्ड से पृथक से अनुमति ली जाकर कार्यवाही की जा सकेगी।

उपरोक्तानुसार बैंक गारंटी प्रस्तुत करने पर आवेदित अवधि के लिए चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम का बिना निरीक्षण किये प्राधिकार नवीनीकरण जारी किया जायेगा। उक्त व्यवस्था दिनांक 01.07.2018 से लागू मानी जायेगी। उक्त तिथि के पश्चात् केवल उपरोक्त बिन्दु क्रमांक-(अ) एवं (ब) में वर्णित प्रक्रिया अनुसार ही प्राधिकार नवीनीकरण हेतु आवेदन बिना चिकित्सा संस्थान/नर्सिंग होम के निरीक्षण के तथा Self-Certification के आधार पर स्वीकार किये जायेंगे।

संलग्न :- उपरोक्तानुसार।


सदस्य सचिव 21/6/18

छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल,

 नया रायपुर (छ.ग.)

क्रमांक / मुख्यालय/ जैव चि./छ.ग.प.सं.मं./2018 नया रायपुर, दिनांक / /2018
प्रतिलिपि :-

1. सर्व संबंधित अधिकारी, मुख्यालय, छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल, नया रायपुर की ओर सूचनार्थ एवं पालनार्थ प्रेषित।
2. क्षेत्रीय अधिकारी, क्षेत्रीय कार्यालय, छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल, रायपुर/भिलाई-दुर्ग/बिलासपुर/कोरबा/रायगढ़/अंबिकापुर/जगदलपुर की ओर सूचनार्थ एवं पालनार्थ प्रेषित।
3. नोटिस बोर्ड।

सदस्य सचिव

छत्तीसगढ़ पर्यावरण संरक्षण मंडल,
नया रायपुर (छ.ग.)

Annexure-A

Format of Request Letter Along With Self-Certification of Compliance By The Health Care Facility For Auto-Renewal of Authorization Under Bio-Medical Waste Management Rule, 2016.

To,

The Member Secretary/Regional Officer,
Chhattisgarh Environment Conservation Board,
.....

Sub.: Self certification of compliances for Auto-renewal of Authorization Under BMW Rule 2016.

Ref.: 1- Authorization issued by the Board vide letter no.dated valid up-to

2- 'Renewal of Authorization ' issued by the Board vide letter no.dated valid up-to

Sir,

We are submitting our Authorization renewal application along with the prescribe fees for the same. We wish to apply for the Auto-Renewal of our existing Authorization referred above. We undertake the following:-

1. We have obtained a valid Authorization and/or 'Renewal of Authorization' from the CECB vide above referred letter(s). The present details of Management of Bio-Medical waste and all other information as mentioned in the prescribed Authorization application form are same as per the earlier Authorization application submitted.
2. The capital investment of the HCFs at the time of grant of Authorization by CECB vide above letter under reference-1 was Rs. Lakh/Crore (in words Rs.) and that at the time of grant of 'Renewal of Authorization ' by CECB vide above letter under reference-2 was Rs. Crore (in words Rs.). The capital investment of the HCFs/ Nursing home / Hospital as on today is Rs. Lakh/Crore (in words Rs.). (C.A. certificate/certified document enclosed.)
3. There is no increase of beds in the hospital as referred in the Authorization and/or 'Renewal of Authorization ' issued by CECB vide above referred letters.
4. The enhancement of HCFs or increasement of medical services/beds was as per the Authorized limits during the validity period of the earlier Authorization and/or 'Renewal of Authorization ' for which renewal has been applied.

5. We are complying with the earlier conditions of Authorization and/or 'Renewal of Authorization ' granted vide above reference(s).
6. We undertake to comply with any new and/or altered condition(s) which may be stipulated by CECB in future and also, undertake to pay all the charges/fees in future as required by CECB.
7. I am duly authorised by the Hospital/HCF to submit this self-certification along with application for Auto-Renewal of Authorization under BMW rule 2016. In case of any misleading information/concealment of material facts or wrong information revealed by the Board, the Authorization shall be liable to be revoked and under signed and the health care Facility shall be liable for further necessary legal action. A copy of commitment letter about the authenticity of the information provided is true and correct to the best of my knowledge and belief and as per record of the health care Facility is submitted separately for which the undersigned is fully responsible being authorised signatory.
8. The above self certificate is true and correct to the best of my knowledge and belief and I have personally verified the above contents by perusal of all the documents available with the health care facility. A commitment in the support of self certification on the basis of personal verification of compliance of the conditions stipulated in Authorization and/or 'Renewal of Authorization A' is enclosed for which, I shall be personally liable for authenticity thereof.

It is requested to issue the Auto-Renewal of the Authorization under BMW rule 2016.

Date:

Sign of Authorized Signatory

Name of Health Care Facility:.....

 Designation:
 e-mail address:
 Phone No. :
 Name & Address:
 of the Hospital (With seal)

Commitment Letter in Official Letter Head to be Submitted by Authorized Signatory of the Health Care Facility for Auto-Renewal of Authorization Under Bio-Medical Waste Management Rule, 2016.

To,

The Member Secretary/Regional Officer,
Chhattisgarh Environment Conservation Board,
.....

Sub.: Commitment letter for Auto-renewal of Authorization under BMW Rule 2016.

Ref.: 1- Authorization issued by the Board vide letter no.dated valid up-to
.....
2- 'Renewal of Authorization ' issued by the Board vide letter no.dated
..... valid up-to

Sir,

We are submitting our Authorization renewal application along with the prescribe fees for the same. We wish to apply for the Auto-Renewal of our existing Authorization referred above.

We solely affirm that we will abide with all the conditions stipulated in the Authorization and/or 'Renewal of Authorization ' granted by the CECB and will abide all the directions/ orders/ suggestions of the CECB in future towards prevention and control of pollution.

In case of failure to above commitment, CECB reserves the right to take action as per the provisions of the Water (Prevention & Control of Pollution) Act, 1974 and the Bio-Medical waste Management Rule 2016.

Date:

Sign of Authorized Signatory

Name of Health Care Facility:

.....

Designation:

e-mail address:

Phone No. :

Name & Address:

of the Hospital (With seal)

Format of Request Letter Along With Self-Certification of Compliance By The Health Care Facility For Authorization /Renewal of Authorization Under Bio-Medical Waste Management Rule, 2016.

To,

The Member Secretary/Regional Officer,
Chhattisgarh Environment Conservation Board,
.....

Sub.: "Self-Certification" of compliances of Authorization/Renewal of Authorization Bio-Medical Waste Management Rule 2016'.

Ref.: 1- Authorization issued by the Board vide letter no.dated valid up-to

2- 'Renewal of Authorization ' issued by the Board vide letter no.dated..... valid up-to

Sir,

I/We am/are submitting our Application for Authorization along with the prescribe fees for the same. I/We wish to apply for the Authorization of our unit for which consent to establish was issued vide letter referred above/Renewal of Authorization' of our existing Authorization referred above based on "Self-Certification". I/We undertake the following:-

1. I/We have obtained a valid Authorization and/or 'Renewal of Authorization ' from the CECB vide above referred letter(s). The present details of the Hospital/Nursing home and all other information as mentioned in the prescribed Authorization application form are same as per the earlier Authorization application submitted.
2. The capital investment of the HCFs at the time of grant of Authorization by CECB vide above letter under reference was Rs. Crore (in words Rs.) and that at the time of grant of 'Renewal of Authorization ' by CECB vide above letter under reference was Rs. Crore (in words Rs.). The capital investment of the industry as on today is Rs. Crore (in words Rs.). (C.A. certificate/certified document enclosed.)
3. The enhancement of HCFs or increasement of medical services/beds was as per the Authorized limits during the validity period of the earlier Authorization and/or 'Renewal of Authorization ' for which renewal has been applied.
4. The Normal Process of Hospital/ Nursing home/HCFs or Medical services or operation of HCFs was as per the Authorized limits during the validity period of the earlier Authorization or 'Renewal of Authorization' for which renewal has been applied.
5. That I/We want additional time to fully comply the following balance

condition(s) of Authorization and/or 'Renewal of Authorization' granted vide above reference(s); which are yet to be complied, as follows:-

S.No.	Conditions to be Complied	Action Plan with Time Required for Fulfilment of Condition
I		
II		
III		

I/We shall comply the above action plan within the time stipulated above to the satisfaction of CECB. I/We am/are submitting a bank guarantee of Rs. (In words Rs.) alongwith this application.

6. I/We undertake to comply with any new and/or altered condition(s) which may be stipulated by CECB in future and also, undertake to pay all the charges/fees in future as required by CECB.
7. I/We am/are duly authorised by the Hospital/HCF to submit this self-certification along with application for 'Authorization /Renewal of Authorization'. In case of any misleading information/concealment of material facts or wrong information revealed by the Board, the Authorization /renewal of Authorization shall be liable to be revoked and under signed and the HCFs shall be liable for further necessary legal action. A copy of commitment letter about the authenticity of the information provided is true and correct to the best of my/our knowledge and belief and as per record of the HCFs is submitted separately for which the undersigned is fully responsible being authorised signatory.
8. The above self certificate is true and correct to the best of my/our knowledge and belief and I/We have personally verified the above contents by perusal of all the documents available with the industry. A commitment in the support of "Self Certification" on the basis of personal verification of compliance of the conditions stipulated in Authorization /Renewal of the Authorization and/or 'Renewal of Authorization ' is enclosed for which, I/We shall be personally/jointly liable for authenticity thereof.

It is requested to issue the 'Authorization / Renewal of Authorization under Bio-Medical waste Management Rule 2016'.

Date:

Sign of Authorized Signatory

Name of Health Care Facility:.....

 Designation:
 e-mail address:
 Phone No. :
 Name & Address:
 of the Hospital (With seal)