ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು
ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಧ, ಮಹಡಿ, ಮಾಗಡಿರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು-560023

ಸಂಖ್ಯೆ:ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ/ಡಿಡಿ/ಐಎಂಎಂ/86/2021-22 ದಿನಾಂಕ:15.06.2021

ಸುತ್ತೋಲೆ

ವಿಷಯ: ವಿದೇಶಕ್ಕೆ ತೆರಳುವ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಲಸಿಕಾಕರಣದ ಕುರಿತು.

ಉಲ್ಲೇಖ: ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: D.O.No /2072903/2021/IMMUNIZATION ದಿನಾಂಕ: 07.06.2021 ರ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ

****

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಕೋವಿಶೀಲ್ಡ್ ಲಸಿಕೆಯ ಎರಡು ಡೋಸ್‌ಗಳ ಅಂತರವನ್ನು 12 ರಿಂದ 16 ವಾರಗಳಿಗೆ (84 ದಿನಗಳು) ಪರಿಷ್ಕರಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂತ್ರಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ನಿರ್ದೇಶನದಂತೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ 28 ದಿನಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿದ ನಂತರ ನೀಡುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

- ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸಕ್ಕಾಗಿ ವಿದೇಶಕ್ಕೆ ತೆರಳುವ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು
- ನೌಕರಿಗಾಗಿ ವಿದೇಶಕ್ಕೆ ತೆರಳುವವರು
- ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದ ಒಲಂಪಿಕ್ಸ್‌ಗಾಗಿ ಟೋಕಿಯೋಗೆ ತೆರಳುವ ಆಟಗಾರರು.

ಸದರಿ ಗುಂಪಿನ ಲಸಿಕಾಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ವಿಧಾನಗಳು (SOP) ನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ

ಈ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಗಾಗಿ ರಾಜ್ಯವು ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಬಿಬಿಎಂಪಿ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ 8 ವಲಯ ಆಯುಕ್ತರನ್ನು ಸಮರ್ಥ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೆಂದು (Competent Authority) ಗುರುತಿಸಿದೆ.

1. ಸಮರ್ಥ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು (Competent Authority) ಸದರಿ ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಕೋವಿಶೀಲ್ಡ್ ಲಸಿಕೆಯ ಎರಡನೇ ಡೋಸ್ ನ ಲಸಿಕಾಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಅನುಮತಿ ನೀಡಬಹುದಾಗಿದೆ.
2. ಸರ್ಕಾರಿ ಕೋವಿಡ್ ಲಸಿಕಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
3. ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾಮಟ್ಟದ ಹಾಗೂ ಬಿಬಿಎಂಪಿ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ವಲಯವಾರು ಯಾವುದಾದರೂ ಆಯ್ದ ಕೋವಿಡ್ ಲಸಿಕಾ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಈ ಗುಂಪಿನ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಲಸಿಕಾಕರಣವನ್ನು ಆಯೋಜಿಸುವುದು.
4. ಸಮರ್ಥ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು (Competent Authority) ಅರ್ಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಒದಗಿಸುವ ಸಮರ್ಪಕ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ 84 ದಿನಗಳಿಗೆ ಮೊದಲು ಕೋವಿಶೀಲ್ಡ್ ಲಸಿಕೆಯ ಎರಡನೇ ಡೋಸ್ ನ ಲಸಿಕಾಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಅನುಮತಿ ನೀಡುವುದು.
5. ರಾಜ್ಯವು ನೀಡಿರುವ ಮಾದರಿ ಸ್ವಯಂ ಘೋಷಣಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ (Self declaration certificate) **(ಅನುಬಂಧ-4 ಅನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ)** ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ನೀಡುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದು, ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡುವುದು. ಈ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕೋವಿನ್ ಪೋರ್ಟಲ್ ನಲ್ಲಿ SOP ಯಂತೆ ಅಪ್‌ಲೋಡ್ ಮಾಡಿ ಲಸಿಕಾಕರಣ ನಡೆಸುವುದು.
6. ಈಗಾಗಲೇ ಮೊದಲನೇ ಡೋಸ್ ಲಸಿಕೆ ಪಡೆಯುವಾಗ ನೋಂದಣಿಗಾಗಿ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ನಂಬರ್ ಅನ್ನು ಬಳಸದೇ ಲಸಿಕೆ ಪಡೆದಿದ್ದರೆ ಅಂತಹ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಕೋವಿಶೀಲ್ಡ್ ನ ಎರಡನೇ ಡೋಸ್ ಲಸಿಕಾಕರಣಕ್ಕಾಗಿ **ಅನುಬಂಧ-5 ರಲ್ಲಿ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ಲಸಿಕಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡುವುದು.**
7. ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಸದರಿ ಲಸಿಕಾ ಕೇಂದ್ರದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಚುರಪಡಿಸುವುದು.

ಅರುಂಧತಿ

ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಇವರಿಗೆ,

1. ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ಆಯುಕ್ತರು, ಬೃಹತ್ ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ, ಬೆಂಗಳೂರು.
2. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾಡಳಿತ ಕಛೇರಿ,

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ

1. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು.
2. ಮುಖ್ಯ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ) ಬಿಬಿಎಂಪಿ.
3. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರ್‌ಸಿಹೆಚ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು.
4. ಲಸಿಕಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಬಿಬಿಎಂಪಿ

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ,

1. ಮಾನ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಅಪರ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಆಯುಕ್ತರು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ.
2. ಮಾನ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಅಪರ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ.
3. ಆಯುಕ್ತರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು, ಬೆಂಗಳೂರು.
4. ವಿಶೇಷ ಆಯುಕ್ತರು (ಆರೋಗ್ಯ), ಬಿಬಿಎಂಪಿ.
5. ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ಕಛೇರಿ.
6. ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು.
7. ಅಪರ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ, ಬೆಂಗಳೂರು.
8. ಯೋಜನಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು(ಆರ್‌ಸಿಹೆಚ್) ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು.
9. ಉಪ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಲಸಿಕೆ), ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು.
10. ಉಪ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ, ಬೆಂಗಳೂರು.
11. ಕಛೇರಿ ಪ್ರತಿ.

Government of Karnataka
Department of Health and Family Welfare

Annexure-4

Declaration form for Covishield vaccination of International travellers

I .... (Name as in Passport) aged.........years with passport number .... have taken COVISHIELD vaccine on .... and have completed .... days. I wish to travel abroad for education purpose/job/ Olympics.

I am hereby submitting the following documents for proof of my travel (encircle):

1. Admission offer or associated formal communications for the purpose of education
2. Returning to the institution for continuing my education
3. Interview call for job
4. Offer letter for taking up employment
5. Returning backto resume my job
6. Nomination to participate in the Tokyo Olympic games

I hereby declare that the information furnished above is factually correct.

Signature of the Applicant

Date:

Verification certificate from competent authority in the district

Documents submitted by .... are verified and are found to be correct. The applicant has taken first dose COVISHIELD vaccine on .... and has completed 28 days and is eligible for 2nd dose of COVISHIELD vaccine.

Deputy Commissioner/ Zonal Commissioner-BBMP

Signature with official seal:

Date:

Note: Annexure-4 to be uploaded on COWIN portal during vaccination of the beneficiary

Government of Karnataka
Department of Health and Family Welfare

Annexure-5

CERTIFICATE FOR COVID-19 VACCINATION

(Applicable for eligible international passengers - to be attached with Co-WIN final vaccination certificate)

Beneficiary Name (as per Passport):

Age/ Gender:

Passport number:

ID card used for registration on Co-WIN:

ID card number:

Co-WIN beneficiary reference ID (Last 11 digits):

Vaccine Name:

Date of First dose: **Date of Second dose:**

Certification from Deputy Commissioner/ Zonal Commissioner-BBMP

Date:

Signature and seal: