

ਦਫਤਰ ਮਿਊਂਸਪਲ ਕੌਂਸਲ

Office Municipal Council

ਨਵਾਂ ਗਾਉਂ (ਜਿਲ੍ਹਾ ਐਸ.ਏ.ਐਸ.ਨਗਰ) Naya Gaon (Distt.S.A.S. Nagar)

Mail: eonpnayagaon@ymail.com Mob: 7888377265(0)

ਪੱਤਰ ਨੰ: 2493

ਮਿਤੀ:- 01/3/24

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ ,

ਟੈਕਨੀਕਲ ਡਾਇਰੈਕਟਰ,
ਸਟੇਟ ਅਰਬਨ ਡਿਵਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ,
ਸਥਾਨਕ ਸਰਕਾਰ ਵਿਭਾਗ, ਪੰਜਾਬ,
ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ।

ਵਿਸ਼ਾ :- ਡੇ-ਨੂਲਮ ਸਕੀਮ ਦੇ ਸੈਲਟਰ ਪਾਰ ਅਰਬਨ ਹੋਮਲੈਸ ਕੰਪੋਨੈਂਟ ਅਧੀਮ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਬਣੇ
ਨੂਲਮ ਅਤੇ ਨਾਲ-ਨੂਲਮ ਸੈਲਟਰਾਂ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਆਡਿਟ ਅਤੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਕੁਆਲਿਟੀ
ਆਡਿਟ ਕਰਵਾਉਣ ਸਬੰਧੀ।

ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਸ਼ੇ ਸਬੰਧੀ ਬੇਨਤੀ ਹੈ ਕਿ ਆਪ ਦੀ ਵੱਲੋਂ ਮੰਗੀ ਗਈ ਸੂਚਨਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ
ਪ੍ਰੋਫਾਰਮੇ ਵਿੱਚ ਭਰ ਕੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਕੇ ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਹਿੱਤ ਭੇਜੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੀ।

ਨਾਲ ਨੱਥੀ : ਪ੍ਰੋਫਾਰਮੇ ਦੀ ਕਾਪੀ

ਕਾਰਜ ਸਾਧਕ ਅਫਸਰ ,
ਨਗਰ ਕੌਂਸਲ ਨਵਾਂ ਗਾਉਂ।


ਪ੍ਰਤੀਕ

Performa for Social Audit of Shelters for Urban Homeless

ANNEXURE - IV

Name of ULB:			
Name of Institution/Organization through which Social Audit is being conducted	NAYAGAN	Name of SUH:	NIGHT SHELTER
Date of Social Audit	For Onway Foundation 1st March 2024	Address of SUH	Janta Colony
		Capacity:	6 Beds

Physically Verification of facilities/amenities is being given in the SUH

(A) Facilities		Facility Available in SUH	Remarks	Suggestion/Feedback given by Staff for improvement
i	Well ventilated rooms/dormitories	Yes/No		
ii	Adequate space for each inmate (@ 50 Sq.ft.)	Yes/No		
iii	Toilets/Bath Rooms	Yes/No		
iv	Hot water- Geyser/ Solar device	Yes/No		
v	Heater	Yes/No		
vi	Beds	Yes/No		
vii	Beddings	Yes/No		
viii	Blankets	Yes/No		
ix	Lighting/Fans	Yes/No		
x	Kitchen with vessels and Gas connectivity	Yes/No		

xj	Piped water Supply	Yes/No	
xii	RO/Purified water facility	Yes/No	
xiii	Washing Provisions	Yes/No	
xiv	Food Arrangements	Yes/No	
(B) Security Facilities			
i	CCTV camera installed	Yes/No	
ii	Fire Protection measures	Yes/No	
ii	Cloak room /Personal Lockers	Yes/No	
(C) Health Facilities			
i	First aid kit is with emergency medicines	Yes/No	
ii	Periodicity of Medical check ups	Yes/No	
(D) IEC Activities (Awareness)			
i	Display Board at entrance of shelter	Yes/No	
ii	Munadi/Newspaper	Yes/No	Please Specify the location
iii	Flex/Hoardings/Pamphlets	Yes/No	Please Specify the location
iv	Any other, please specify	No	Please Specify the location
Additional (Services/entitlements/convergences) information's if any :			

B-2

(E) Registers as mentioned below maintained properly in the shelter? Checked - (Yes/ No) :

A	Documents	Report	Remarks	Suggestion/Feedback given by Staff for improvement
	1	Register of inmates		
	2	Attendance Register		
	3	Complaints and suggestions register		
B)	Work Verification of SUH Staff	Report	Remarks	Suggestion/Feedback given by Staff for improvement
	Have all the staff aware about their duty?	Yes		
	Have all the staff received the capacity building training for O & M of SUH?			
	Is the night survey conducted in this month for identification of homeless? Yes/No			
	If yes mention the date & number of persons identified & rescued:			

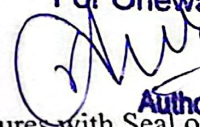
Bejn

(C)	Physical Verification of Utilization of SUH	Report	Remarks	Suggestion/Feedback given by Staff for improvement
1	Condition of Shelter:			
2	Number of inmates at present	6		

Feedback/Suggestion: -

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

For Oneway Foundation



Authorised Signatory

Signatures with Seal of the Institution/Organization

788 929 4572 Bm