



**TAMIL NADU STATE MENTAL HEALTH AUTHORITY**  
**Institute of Mental Health Campus, Medavakkam Tank Road, Kilpauk,**  
**Chennai – 600 010**

Tamil Nadu State Mental Health Authority invites applications for nomination of members of State Mental Health Authority, as per Section 46 (1) (g) to (n), of Mental Healthcare Act, 2017, available on the egazette in the following link from eligible persons <https://egazette.nic.in/WriteReadData/2017/175248.pdf>.

- (g) one eminent psychiatrist from the State not in Government service to be nominated by the State Government—member;
- (h) one mental health professional as defined in item (iii) of clause (r) of sub-section (1) of section 2 having at least fifteen years experience in the field, to be nominated by the State Government—member;
- (i) one psychiatric social worker having at least fifteen years experience in the field, to be nominated by the State Government—member;
- (j) one clinical psychologist having at least fifteen years experience in the field, to be nominated by the State Government—member;
- (k) one mental health nurse having at least fifteen years experience in the field of mental health, to be nominated by the State Government—member;
- (l) two persons representing persons who have or have had mental illness, to be nominated by the State Government—member;
- (m) two persons representing care-givers of persons with mental illness or organisations representing care-givers, to be nominated by the State Government—members;
- (n) two persons representing non-governmental organisations which provide services to persons with mental illness, to be nominated by the State Government—members.

The above persons will be nominated as members of the Tamil Nadu State Mental Health Authority, constituted under the Mental Healthcare Act, 2017. This is purely honorary nomination and the members will be given TA/DA for attending quarterly meetings, as per rules in force. The filled in applications, along with copies of certificates / documents, may be submitted by post/speed post/by hand to Chief Executive Officer, Tamil Nadu State Mental Health Authority, Institute of Mental Health Campus, Medavakkam Tank Road, Kilpauk, Chennai – 600 010. For further information Contact Landline No: 044-26420965 during office hours. Last date for submission of application and documents 5.00 PM on 12<sup>th</sup> August 2022.



தமிழ்நாடு மாநில மனநல ஆணையம்  
மனநல காப்பக வளாகம், மேடவாக்கம் குளச் சாலை  
கீழ்ப்பாக்கம், சென்னை - 600 010.

- (g) அனுபவம் மிகுந்த மனநல மருத்துவர் — ஒரு நபர்
- (h) மனநல மருத்துவத்தில் மனநல சட்டம் 2017ன் கீழ் பிரிவு 1இல் 2 பிரிவின் கீழ் உட்பிரிவு (r)ன் படி உள்ள மருத்துவர் பதினைந்து ஆண்டுகள் அனுபவத்துடன் — ஒரு நபர்
- (i) மனநல சமூக நலப்பணியாளர் பதினைந்து ஆண்டுகள் அனுபவத்துடன் — ஒரு நபர்
- (j) மருத்துவ உளவியலாளர் பதினைந்து ஆண்டுகள் அனுபவத்துடன் — ஒரு நபர்
- (k) மனநல சுகாதார செவிலியர் பதினைந்து ஆண்டுகள் அனுபவத்துடன் — ஒரு நபர்
- (l) மனநோயால் பாதிக்கப்பட்டவர் அல்லது முன்பு பாதிக்கப்பட்டவர் — இரு நபர்கள்
- (m) மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட நபர்களை பராமரிப்பவர்கள் அல்லது பராமரிக்கும் நபர்களுக்காக நடத்தப்படும் நிறுவனங்கள் — இரு நபர்கள்
- (n) மனநல பணியில் ஈடுபட்டுள்ள தொண்டு நிறுவனங்களின் பிரதிநிதிகள் — இரு நபர்கள்

மேலே குறிப்பிட்டுள்ள ஒவ்வொரு பிரிவிலும் அதன் எதிரே குறிப்பிட்டவாறு நபர்களை மனநல சேவை சட்டம் 2017ன் கீழ் தமிழ்நாடு மனநல ஆணையத்தின் (members) உறுப்பினர்களாக நியமனம் செய்வதற்கு விண்ணப்பங்கள் கோரப்படுகின்றது.

இது முற்றிலும் கௌரவ பொறுப்பாகும். காலாண்டு கூட்டங்களில் கலந்து கொள்ளும் உறுப்பினர்களுக்கு விதிகளின் படி பயணப்படியும் தினப்படியும் வழங்கப்படும். பூர்த்தி செய்யப்பட்ட விண்ணப்பங்கள் தகுந்த சான்றிதழ்/ஆவணங்களுடன் தபால்/விரைவு தபால்/நேரிலும் முதன்மை செயல் அலுவலர், தமிழ்நாடு மாநில மனநல ஆணையம், அரசு மனநல காப்பக வளாகம், மேடவாக்கம் குளச்சாலை, கீழ்ப்பாக்கம், சென்னை-10 என்ற முகவரிக்கு அனுப்பலாம். மேலும் விபரங்களுக்கு அலுவல் நேரங்களில் தொலைபேசி எண்: 044-26420965 என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளலாம். பூர்த்தி செய்யப்பட்ட விண்ணப்பங்கள் வருகிற 12.08.2022 ஆம் தேதி மாலை 5.00 மணிக்குள் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.

## **Eligibility Condition**

(a) In respect of individuals he/she shall be an Indian national

(b) age shall not exceeding sixty seven years;

(c) shall furnish copies of documents eligible to be nominated under clause (l) and (m).

(b) In respect of persons representing non-Governmental organisations, the organisation should have 10 years of experience in the field of mental health and should have obtained registration with the registration authority and shall provide copies of documents to that effect.

(c) Term of office and allowances: The member nominated shall hold office for a term of three years at a time from the date of his nomination.

(d) Members attending the meeting of the Authority are entitled to sitting allowance, travelling allowance, daily allowance, and such other allowances as are applicable to non-official members of the Commissions and Committees of the State Government attending the meetings of such Commission or Committee.

(e) Interested applicants/organizations may download application form given below and submit it along with copies of certificates / documents by post/speed post/by hand to Chief Executive Officer Tamil Nadu State Mental Health Authority, Institute of Mental Health Campus, Medavakkam Tank Road, Kilpauk, Chennai-600010. Last date for submission of application and documents is 12.08.2022, 5.00 PM



6. In respect of persons applying under category (l) above furnish following details

Name of the Institution/hospital where the person have/have had treatment for mental illness.	Period		Documents if any
	From	To	

7. In respect of persons applying under category (m) above furnish following details

Name of the patient to whom you are representing as care giver	Name of the Institution/hospital where the patient undergone/ undergoing treatment for mental illness	Period		Documents , if any
		From	To	

8. In respect of persons applying under category (n) above furnish following details

Name of the NGO to whom you are representing and address	Position in the NGO	Qualification	Experience

9. What do you consider as significant to consider your candidature

Declaration

Certified that the information given in the application are true and complete.

Place:  
Date:

Signature:  
Name:

