Report on the Problems of Children in Kerala who are Infected and Affected by HIV/AIDS

March 2016

Thiruvananthapuram

Preface

Much has been done by the National and State AIDS Control societies over the years to address the problems of persons (including children) infected and affected by HIV/AIDS, especially in respect of ensuring treatment. Much effort has also gone into creating awareness about the disease so that the stigma associated with the illness is mitigated and persons affected by this disease can live a life of dignity. However, such stigma continues to exist, and it affects the old and young alike, as is evident from the sporadic tales of discrimination that emerge in the media. In the case of children, such discrimination, targeted not only against those who have tested positive for HIV/AIDS, but even those who may not have tested positive, but hail from families which have, results in gross violation of their rights to survival, development, protection and participation - the four cardinal rights that are to be ensured for all children as enshrined in the United Nations Charter for the Rights of Children.

It is in this context that the Kerala State Commission for Protection of Child Rights undertook this study on the impact of HIV/ AIDS on children who are infected or affected by it. The study examines the medical facilities available, the convenience of access to such facilities for testing and support, the reliability in the supply of medicines, the availability of nutrition for all those who have tested positive, as it plays a major role in ensuring that children enjoy a decent quality of life, the shelters available for children who tested positive without families, the support being given to them and rehabilitation measures, if any. The Commission has made some recommendations to fill in the gaps noted during the study so that children can live and develop their talents and capabilities optimally. There are also serious challenges that children continue to face to train themselves to lead independent lives.

The Commission would like to thank all those who helped us in the course of this study, including the officers of Kerala State Aids Control Society (KSACS), especially Shri Sunil Kumar. G, Joint Director, IEC and Dr. B.B. Rewari, National Programme Officer, ART-NACO, Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India, all of whom spared the time from their busy schedules to peruse the manuscript and offer valuable feedback . The Commission hopes that these recommendations will find favour with the competent authorities and measures will be put in place to improve the conditions in which children infected or affected by HIV/AIDS live in society.

INDEX

1. Introduction 7
2. Data on children infected or affected with HIV/AIDS 7
3. Infrastructure facilities available for testing 9
4. Treatment regimen for those infected or at risk of being infected with HIV 12
5. Economic Consequences of the disease 14
6. Issues relating to stigma and the need for counselling 19
7. Challenges in providing care 23
8. Recommendations 25
9. Annexure
   - I: List of Participants - Part 1 29
   - II: List of Participants - Part 2 30
   - III. Government Order on draft policy and guidelines for LSG Institutions

Report on the problems of children in Kerala who are infected and affected by HIV/AIDS

1. Introduction

A State level workshop was held with experts and stakeholders on 29.1.2015 at the Government Guest House, Thycaud, Thiruvananthapuram, to discuss the status of children affected by HIV/AIDS, identify the action to be taken to mitigate the problems and alienation that they suffer, and suggest to Government some practical measures to rehabilitate them. This was followed up with a meeting with the stakeholders on 10.9.2015 at Thiruvananthapuram to identify the priority areas of action and the way forward. The list of participants at the Workshop and the Consultation are given as **Annex I** and **Annex II** respectively. This report seeks to make an assessment of the issues that came up for consideration in relation to the status and concerns of children infected or affected by HIV in Kerala, and to suggest some measures to address them.

2. Data on children infected or affected with HIV/AIDS

2.1 The state of Kerala is categorized as a low prevalent state in the matter of persons infected with HIV. Against the figures of estimated 20.9 lakh people living with HIV (PLHIV) in the country (0.26%), Kerala has only 25,000 (0.12%). However, Kerala is situated in the vicinity of states like Tamil Nadu, Karnataka and Andhra Pradesh, all of which are high prevalent states. This also highlights the need to be ever vigilant about creating awareness and promoting preventive measures.

2.2 The statistics of People Living with HIV (PLHIV) is normally obtained from the information collected through the Strategic Information Management System (SIMS) of the National AIDS Control Organisation (NACO) and its state based units; in Kerala it is the Kerala State AIDS Control Society (KSACS) that performs this responsibility. Their data on children is based on the number of children who enroll in the Anti Retroviral Treatment (ART) centres across the country/ state, and the number of infected children who are being provided social support through these centres supported by the Kerala State AIDS Control Society (KSACS). Only persons up to the age of 15 are unfortunately classified as children for the purposes of this data base. According to such data from SIMS, there are 884 children at present in Kerala who are infected with HIV, as against 1.5 lakh children infected across the country. Of the 884 infected children, 553 are undergoing regular treatment based on CD 4 count, while around 697 children require treatment and check up every six months.

2.3 It is estimated that there are over 2000 children affected by HIV in the State; but it is very difficult to give an accurate figure for children affected by HIV because these children do not need to access the treatment centers, and so the figures are those based only on information about their families who may be taking treatment available in the ART centres. However, this figure will not be comprehensive because children whose parents who discontinue treatment or whose parents have passed away will not come under this group as the ART centres can give the figures of only those who are currently undergoing treatment. There is a need to create this database so that we have a better understanding of the magnitude of the problems faced by children affected by HIV.

2.4 It was also learnt that it is difficult to explain the gap between those who were registered for treatment and those actually taking regular treatment; the gap could be due to deaths that have not been reported, or because the patient has gone abroad or away from the place of treatment without intimation, or simply because the patient has stopped taking treatment. It is evident that there is room for improvement in the existing system for following up on those undergoing treatment.

2.5 A related as well as significant issue regarding children infected by HIV is that these figures do not include data for children between 15 and 18. The data on children available with the National and State AIDS Control (NACO) societies is limited to that of children below 15. And this data is based on the figures available of children under 15 undergoing treatment in the ART centres. So, when planning strategies for children infected with HIV, it needs to be recognized that the data available is not comprehensive, especially when planning strategies for children in the late adolescent stage. This is a very serious issue because it is during the late teen years that children normally become more sexually curious, and more vulnerable, especially if there are issues about their sexuality. In the case of the children infected with HIV, if they are not given proper counseling and handholding, it can lead to life- long tragic consequences for themselves and for others. Therefore, it is critically important to identify these children at this stage, and provide them the counseling support they need.

2.5 Another related issue is that although all hospitals are required to give data about their patients who are HIV infected, only Government hospitals, Medical colleges etc have a stable reporting system. It is still to be established in private hospitals, where this system has not even been initialized in many cases; though reporting is a mandatory requirement. This is apparently a problem that plagues the reporting system not only in Kerala but across the country. This matter assumes importance because 72% of all deliveries occur in the private sector.

2.6 Most smaller nursing homes send patients with HIV to Government Hospitals once the patient is diagnosed; but treatment is being provided in some private institutions, which continue to remain outside the reporting network. It is important to help upgrade the skills of the doctors handling HIV and Opportunistic Infections (OIs) in all hospitals, especially pediatricians, so that they take up the treatment of these patients, and the related monitoring, with the seriousness it deserves. It is also important to give better awareness of this disease to all health personnel so that they take due precautions and also

treat the patients, particularly children, with the consideration they deserve.

2.7 From the programme data available, 88% of patients in the state have contracted this disease through the sexual route, a figure that is on par with the national figures, 1% from infected syringes, which is again on par with the national average, and 3% through transmission from mother to child. The data on mother to child transmission in the state of Kerala over the last 4 years is given below:

Year	No. of new born children found positive
2011	6
2012	5
2013	3
2014	1

In Kerala, since we reportedly have almost full coverage for registration at birth, it is consequently presumed that these figures reflect the total picture of children infected at birth via the parent.

3. Infrastructure facilities available for testing

3.1 Testing for HIV is mandatory in the case of all pregnant women. This is an important prevention measure prescribed by Government to stop the spread of infection. The treatment for HIV is required to be started as early as possible in the pregnancy, because early treatment definitely helps bring down the HIV viral load in the mother. This reduces risk of HIV transmission to the baby not only during pregnancy and delivery but also through breast feeding. This is the reason why the lack of reporting by hospitals of persons who test positive for HIV becomes a problem in the fight against HIV/AIDS. Since 72% of the patients go to private hospitals, their failure to explain to the patients the critical need to take medicines from the earliest possible stage of pregnancy, and the practice of merely referring them to ART centres delays the whole process of starting treatment, mainly because patients try to avoid such identification as long as possible to avoid the stigma both in society and in their own families.

3.2 NACO recommends initiation of ART in all HIV pregnant women as soon as possible, irrespective of status of their immune suppression. This helps in reducing HIV plasma viral load of the mother and in turn reduces the risk of HIV transmission to the babies. But, even in Government hospitals, the required emphasis is not being given to the need to get the testing done early, so as to reduce the infection load sufficiently to protect the baby and to ensure that it is breast fed, which is now possible as per WHO guidelines in this regard; on the contrary, it is insisted upon normally in the last trimester, more as a precautionary measure for the safety of the health personnel who attend to the childbirth. Little do doctors and other health personnel realize that reduction of the infection load to the lowest possible level is beneficial to them too. Therefore, there appears to be a need to address this lack of awareness on the part of doctors and patients alike. Details of mothers who tested positive in the last 3 years during ante natal check ups are given below:

Year	No. of ANC tested	No. of positives
2012	133078	71
2013	149723	38
2014	159300	62
Total	**442101**	**171**

3.3 Testing facilities are available across Kerala in the network of 165 Integrated Counselling and Testing Centres(ICTCs), 263 Facility Integrated Counselling and Testing Centres (FICTCs) and 41 PPP ICTCs in private hospitals. ICTCs are available in all Medical Colleges, General hospitals, District Hospitals, Taluk Hospitals and selected Community Health centres(CHCs), and they constitute the first point in HIV care. In these units KSACS provides one or two counselors and a lab technician. These counselors provide the pre testing and post testing counseling to those who come for the testing. FICTCs are available in CHCs, Primary Health Centres (PHCs) and even some private hospitals; in these centres the existing lab technician and staff nurse have been trained to do the testing and counseling respectively. The FICTCs do only the preliminary screening test by a highly sensitive test. If the result is positive, the patient is then referred to the nearest ICTC to do two more tests before the patient is declared as positive. Testing kits are supplied by NACO and it was learnt that the supplies of testing kits are fairly regular and that gaps in supply have occurred only on extremely rare occasions.

3.4 Testing is done for antibodies which are the outcome of infection; but one has to wait for the window period of three months to get over. Testing for antigen can be done as early as twelve days from any risky episode, but it is expensive and also has its own variable window period. Therefore, across India, the decision has been taken to continue with the testing for antibodies. Ideally, such testing to detect infection, if any, needs to be done after any instance of risky behavior, within the window period, because infection can occur from any such episode at any time. Testing, as well as facility for diagnosis, including scanning for Opportunistic Infections (OI)s, are all being given totally free in Government hospitals. Diagnosis of HIV in Infants, termed as Early Infant Diagnosis, can be got done as early as six weeks from the infant’s birth.

3.5 Testing for HIV is considered a sensitive issue and so it requires parental consent in the case of children. In case of children who are brought to Child care institutions, or an orphaned child, it requires permission of the child’s guardians. This has raised an issue that merits attention. Because parental consent is mandatory for testing for HIV, a problem arises in the case of adolescents who have been sexually active and may have contracted HIV but do not wish to divulge the matter to their parents or guardians. They are denied the benefit of treatment since treatment can only follow testing, for which guardian’s/ parental consent is mandatory. This is an issue that underlines the importance of counseling support, especially during adolescent years, because only through good counseling support to both the child and the parents/guardian can this matter be handled effectively and timely treatment made possible, if at all.

3.6. Once the testing is completed, HIV positive infants and children are provided

medicines through the Anti Retroviral Treatment (ART) centres. ART is supplied to them in appropriate paediatric dosages, by the National AIDS Control Organisation (NACO). There are ten ART centres in the state and two more have recently been approved by NACO . These centres, besides undertaking the supply of medicines, also have three to four counselors and community care coordinators who do the important task of peer counseling; together they provide the counseling support that any PLHIV needs. The four districts that are still to be provided ART centres, for want of the requisite quantum of patient load, are Idukki, Wayanad, Malappuram and Pathanamthitta.

3.7 Since the treatment has to be continued without a break, 13 Link ART centres(LAC) are understood to have been set up to cover districts that do not have an ART centre, or where the distance to the nearest ART centre is very vast. These Link ART centres are equipped to disburse medicines while counseling is being provided by ICTC counselors at the same facility, who are also designated as LAC counselors. Both the ART and Link ART centres provide medicines for Opportunistic Infections (OI) too. To ensure the uninterrupted supply of medicines, in case the supply through NACO is interrupted, there is provision to transfer the stocks from available points, or even to purchase medicines locally and maintain supplies. Therefore, provisions are available to ensure availability of medicines to patients at all times.

3.8 While studying this issue, an area of concern came to notice regarding the lack of link centres in certain vulnerable and remote areas in tribal belts. Experience of handling nutrition related issues with people in the tribal belts shows a singular lack of interest among most of them in following a prescribed treatment regimen. Even in the case of Immunisation, only when there is proactive action on the part of the health personnel can the desirable coverage be achieved. In such a scenario, there is a real challenge to ensure that these people follow up on their treatment regimen for HIV treatment systematically, even though free transportation is being arranged to take them to the ART centres to collect their supplies of medicine. In such areas, it makes greater sense to have the source of supply closer to their place of residence so that monitoring can be done more effectively. There also appears to be a case for looking beyond patient load for providing a Link ART centre in tribal areas for the reasons that they are mostly on the borders of Tamil Nadu and Karnataka, which are states with high prevalence of HIV, and there are genuine difficulties in making them follow the discipline of adhering to a treatment regimen. There are also challenges in monitoring these patients as, the terrain is difficult to negotiate, the nutritional status in such pockets is very poor, lifestyles are not conducive, with alcoholism being very prevalent among all households, and they are vulnerable to abuse. In tribal belts of Idukki and Palakkad, there is a tendency to move to areas in Tamil Nadu frequently, which also makes the monitoring of the intake of medicines even more difficult because the patients are not under the scanner of any one ART centre at all times. This issue needs to be addressed by exploring the possibility of providing additional link centres closer to such areas. All essential medicines needed for the treatment of HIV and OI are given free of cost by the Government. The treatment given in ART centres is the first line of treatment;

second line of treatment is also available, but only from a single point located at Thrissur. It is learnt that at present there are only 14 children undergoing second level of treatment for HIV in the state.

3.9 Drug resistance is mostly a result of irregular intake of medicines. It is an expensive treatment but that too is being given free of cost by Government. For diagnosis, the Prevention of Parent to Child Transmission (PPCT) kits are being supplied by NACO and given free of cost to all patients as a preventive measure against the disease passing on to children. The numbers of pregnant mothers-to-be who are users of this kit in the last five years are given below:

Year	Numbers
2011- 12	68
2012 - 13	83
2013 -14	32
2014 -1 5	49

3.10 With so much emphasis being given to control the transmission of this disease and also to ensure treatment at the earliest possible time, it has been possible for the state to reduce deaths among children very substantially. Though a year- wise break up is not readily available, it is understood that the number of deaths among children in the last 5 years is 97. Similarly, the occurrence of this disease among children up to the age of fifteen in the last five years is also given below:

Year	Number of Children
2010	113
2011	61
2012	62
2013	56
2014	41

4. Treatment regimen for those infected or at risk of being infected with HIV.

4.1 At present the treatment regimen is started when a patient's CD 4 count goes below 350, a recent increase from the earlier cut off level of 250; however the level of the CD 4 count is not taken into account if the client is a pregnant woman or for Opportunistic Infections (OI) like TB. As per the WHO guidelines, CD 4 count is defined as normal if it ranges from 500 to 1600/ cubic milliliter of blood. Some of the factors that contribute towards bringing down the CD 4 count in HIV infected persons are one's lifestyle, quality of nutrition intake and the general quality of health. It takes about 7 to 10 years for a PLHIV to reach the level when he or she needs to take treatment; however, once started, the person has to continue to take treatment in perpetuity to keep down the infection load. This highlights the reason why the AIDS control programme gives as much importance to preventive aspects like positive prevention, ensuring mental and physical well being, nutritious food, exercise etc and the need to avoid beverages like alcohol, soft drinks etc as to adherence to ART,

4.2 The treatment regimen for HIV comprises a single pill that is a combination of three drugs which has to be taken on a daily basis without a break. The ART centre initially gives drugs only for a month at a time and monitors side effects, if any. There is a pediatric dosage schedule of drugs for children. Children need to be given treatment immediately after birth as prophylaxis, as diagnosis can be done only within six months of birth. This will help curb the rate of infection to below 5%, giving these children a chance to enjoy a better quality of life. A child infected by HIV carries the virus within his or her body throughout his or her lifetime. This weakens the child's immune system and makes him or her liable to opportunistic infections throughout his or her life, which in turn restricts the quality of the child's life. This situation also calls for access to good, nutritious food, in addition to ART at the required frequency and dosage and medicines to tackle susceptibility to opportunistic infections.

4.3The challenge of providing good nutritious food continues to be an area of concern because it is an acknowledged fact that the intake of food by children infected by HIV is inadequate. Previously, iron and folic acid tablets were being given by the Department of Social Justice as part of the treatment regimen. But this has been done away with. At present pregnant women, PLHIVs whose CD4 count is less than 350, children below the age of 6 and persons above the age of 65 are eligible to receive nutritional support from the panchayats to the extent of Rs 250 per month, provided they are not receiving such support for nutrition from any other source in Government. A nutri mix powder made by Kudumbasree, called Amritham powder, was also being supplied to children, which was discontinued as its taste was not favoured by the children.

4.4 Today, these children are dependent only on midday meals and the food and nutrition support programme of Panchayats, under which some of them supply rice, pulses etc to HIV positives. While a hot meal is any day a better way to provide nutrition to a child, the child may not benefit fully from the Panchayat scheme for providing nutrition, as there is no uniformity in the frequency of supply, with the supply sometimes happening once in six months. During the interim months, the children are denied nutrition, which defeats the very purpose of this scheme. When supply is made at one go, there is the problem of safe storage of the food items. Since the beneficiaries are unable to ensure the safe storage of such large quantities, the food often gets spoilt and therefore unfit for use. Lack of a stable supply chain prevents these children from being given fruits, vegetables etc which are actually very beneficial to them. The quantum and range of items supplied are also not consistent; in fact while some supply even items like dates, others supply just the basic requirements. With an allocation of Rs 1.7 crores for this activity, the scheme caters only to approximately, 3700 persons whereas there are 4500 registered cases with Care Support Centers. Therefore, it is clear that there are issues yet to be sorted out in terms of coverage, quality and assuredness of supply in the matter of providing regular, nutritious food to children infected and affected by HIV.

4.5 In the case of midday meals, there is also the issue of providing the beneficiary children support during vacations or when children infected with HIV remain absent from school due to poor health. Here the problem is that

while everyone unanimously agrees that children need to be given nutrition, there are numerous challenges in ensuring its effective delivery; it has also to be acknowledged that nutrimixes are not really an answer to the problem except as a stop gap arrangement. This is an issue that needs to be studied in depth as it appears that there is scope to further streamline the present efforts being made at the local level so that adequate nutritional intake is assured. There is also a need to sensitise the panchayats about the importance of this measure towards improving the quality of life of their children who are infected with HIV and to educate them about the items of food that need to be given to them.

5. Economic Consequences of the disease

5.1 Those infected by the disease have the burden of coping with the consequences of this debilitating disease, its economic consequences and its impact on the quality of life not only on themselves but even on their children. This is because their physical debilitation prevents them from taking up many normal avenues available to earn a livelihood; in addition, their families have to cope with the social stigma attached to the disease. These children who are affected by HIV i.e those who are not infected but have parents or family members who are infected by the disease, are also victims of these economic consequences. The economic burden is substantial, and certainly beyond the means of a family already blighted by the existence of this disease in their midst.

5.2 There are also cases where a child heads the household after the demise of his or her parents, and others where an elderly grandparent or grandparents head the household; in all such cases the ability to generate resources are limited. Such situations can even lead to drop out issues for children who have to shoulder the responsibility of the family; circumstances may compel them to join the work force before they complete their education, and this needs to be prevented with timely intervention. These children are also mostly deprived of the care and protection that parents can give, since one or both of them may also be a patient of the disease, or are no longer alive. Some of these children may also be the victims of exploitation and abuse, with no one to protect and take care of them, especially in the matter of securing their property rights and such other benefits due to them. In some cases they lose out because of ignorance of the facilities and schemes available or lack of knowledge about how to access them. Others lose out due to the lack of sensitivity or ignorance of service providers. It is noted that at present the state does not have the details of such Orphans and Vulnerable Children (OVCs) in the state. This is a key requirement if the needs of children from 0 to 18, who are infected or affected by HIV, are to be comprehensively addressed. Such data should also yield information about child headed families, old headed families, and school drop outs, so that targeted interventions can be put in place to address these concerns.

5.3 In the context of the various problems faced by children infected or affected by HIV, social protection measures play a very significant role. By definition, social protection measures include public and private initiatives that provide income or consumption transfers to the needy, protect the vulnerable against livelihood risks, and enhance the social status and

rights of the marginalized with the overall objective of reducing the economic and social vulnerability of the poor, vulnerable and marginalized groups. The facilities extended by the Kerala state Government to persons infected with HIV are all contained in the Government Order (GO) issued by the Local Self Government Department on 15.3.2013 **(Annexure III).**This order is comprehensive and covers measures relating to prevention of the spread of the disease, for identification of persons with HIV, for treatment, care, provision of nutrition, for providing for psycho-social needs, welfare programmes and basic needs, for improving their financial condition, facilities at the testing and treatment centres, and those related to service providers; it also contains some general instructions and even provides for a system to monitor the provision of all these facilities.

5.4 Based on this GO, as well as the GO issued by the Health Department, the order of the Kerala Social Security Mission (KSSM), and as part of the advocacy measures of KSACS, today children infected with HIV in the State are entitled to many important benefits over and above the free facilities that they receive towards treatment, diagnosis and medicines. Some of these are discussed below, along with the current status of implementation:

i) Financial support to the extent of Rs 1000 per month is distributed through KSACS for all PLHIV, including children. The only difficulty is that this amount is normally distributed as per the availability of funds. Since the monthly allowance was recently enhanced to Rs 1000 from the earlier sum of Rs 400, there are arrears also to be cleared. Against a total arrears of Rs 10 crores due to be given, the annual provision made in the current year for this support is only Rs 2 crores. Even the existing support is not given on a monthly basis, as a result of which the beneficiaries do not get the intended benefit from this scheme. This is a matter of concern, especially since other safety net measures, like insurance for example, are not available to this segment of the population. **(GO of the Department of Health.)**

ii) From 2012, all families which have members who are infected or affected by HIV have been declared as Below Poverty Line(BPL), whether they are BPL or otherwise, so that they can avail of all the benefits due to BPL families. This includes the provision of house, toilets, electricity etc to such families through the Local Self Government Institutions. **(Order of Department of LSG)**

iii) The Snehapoorvam scheme of the Kerala Social Security Mission (KSSM), which provides education scholarships ranging from Rs 350-RS 700 per month to children of single parents , has been extended to all children from families with HIV, irrespective of whether they are single parent families. (Order of KSSM).

iv) For those who require home care to manage their daily life, there is provision to provide them palliative care, in line with the existing guidelines for providing such care, and also to train them to manage their lives better. There is also provision to use the services of

Voluntary agencies to transport these patients for treatment and also to provide them care. Such patients who need support and daily care to manage their lives have been covered under the Aaswasakiranam project, and such support will be forthcoming for one member of the family who takes care of the patient.

v) The food and nutrition support scheme of the panchayats has already been referred to earlier. This scheme can play a critical role in ensuring that these patients get adequate nutrition; however, its uneven implementation across panchayats is an issue that needs to be addressed, particularly in tribal areas where the nutritional levels are normally very poor.

vi) The KSSM has also provided a scheme to address the problem that many PLHIV who have lost family members face when they are hospitalized, viz the lack of a bye-stander. KSSM has a Treatment Care Team Support initiative under which persons already infected are trained to provide such support for a fee of Rs 300 for 12 hours, thus giving them an employment opportunity, while the patient gets skilled assistance with empathy from these care givers. (Order of KSSM)

vii) Free transport is being provided to all patients of HIV to collect their medicines from the ART or Link centres regularly, and since it is not possible for children to travel on their own, there is provision for a person to accompany them and each will be paid RS 100 to meet their expenses along the way. If it is not possible for them to travel by bus or train, based on the certification from the doctor in charge of the ART centre or the District Medical Officer (DMO) they can even be given Ambulance facility. Convenient dates are given for check- ups of all members of a family infected with HIV so that they can travel together avoiding unnecessary wastage of days.

viii) Some livelihood programmes are being extended to persons infected with HIV. They include the opportunity to become trained by-standers as well as to serve as peer counselors or Community care coordinators in ART centres or to manage helpdesks. At present there are 8 ART centres having such care and support centres and another 6 which have help desks.

ix) LSGIs are also required to help the persons infected with HIV and those in the High risk group as well as their family members to obtain Voter's ID cards, ration cards etc so that they can access the services (house construction, health and other welfare schemes) that require such documents to be produced.

x) Persons infected with HIV are also eligible for support from the Chief Minister's Disaster Relief Fund, the Aashraya Project etc if their condition warrants such support. The panchayats are expected to play a major role in helping them access such services.

xi) Legal support is being provided with the assistance of the Kerala State Legal services Authority (KELSA). One of the chief obstacles that

children face when they become orphans is the difficulty to obtain death certificates, proof of residence, inability to establish property rights etc. Legal assistance is at present made available to these children with the assistance of KELSA who through their district units help to arrange adalats for linking the children with the concerned authorities; para legal volunteers help follow up on the cases They are being paid a small remuneration for this service. Although the advocates of DELSA are willing to provide their legal services to HIV patients once or twice a month at the ART centres, if need be, this system is yet to stabilize or be optimally made use of(Part of the advocacy programme of KSACS)

xii) To ensure the effective implementation of the facilities to be extended to persons infected and affected by HIV, a multi sectoral approach is ideal, and to ensure this, so that all beneficiaries are included in the related schemes, be it widow's pension, Old Age Pension, provision of BPL cards etc, the Government Order (GO) at **Annex III** provides for the effective intervention of the panchayat. This intervention is expected to bring about the much needed coordination between Government departments. Redressal mechanisms at the grass root level have also been prescribed at the level of the panchayats to ensure support for these patients. To implement all these provisions, ideally, every panchayat must have a list of all persons infected with HIV, including Orphans and Vulnerable children (OVCs). However, herein lies the problem. For fear of stigma, hardly anyone is willing to reveal at the local level that they are infected with HIV; as a result many of these benefits and support services remain inaccessible to PLHIV, even though they need it and are eligible for it. It is understood that an online system to track the socio economic conditions of persons, including children who are infected with HIV, is being prepared to assess the extent to which such beneficiaries have availed the benefits that they are eligible for. This needs to be completed at the earliest.

5.6.Similarly, it may be seen that almost all these services and benefits remain inaccessible to children who are "double" orphaned due to HIV, but are themselves not infected with HIV. Such children appear to fall outside the ambit of all the benefits that were available to these families when at least any one parent who was infected with HIV was alive. In fact, hardly any facility exists today for children affected by HIV, except the provision of scholarship, even though, when their parents are infected by HIV, they are unable to provide them the care and protection they require. The only areas in which support is extended to them are in the matter of being given shelter in Mahila Mandirams and orphanages, for redressing their grievances through the mechanism available at the panchayat level, for providing counseling through school counselors, and support to help start their own businesses. These children are often denied property

rights by their families, they are often forced to earn their own livelihood to support their families, disrupting their education (if there is a family to support) as such children are the only persons in the family who can earn an income. This problem exists even when children are looked after by their old grandparents after the demise of their parents. There is a need to identify all such categories of children to assess their needs and support them. The possibility of providing them support available for sponsorship under the Integrated Child Protection Programme (ICPS) so that the children can continue to stay with their families, with the help and intervention of the Child Welfare Committee (CWC) for example merits consideration. The main challenges in this regard are about creating awareness about the scheme and also to encourage the eligible families to apply with the assurance that their details will be kept completely confidential.

5.7 There are a large number of children infected with HIV who are abandoned by families once their parents are no more. They are left to fend for themselves or are taken into orphanages and child care Homes. If the Home is registered under the Juvenile Justice (Care and Protection Act) 2000, then these children can be kept in these Homes only up to the age of eighteen. However by that age, hardly any child infected with HIV would have completed his or her education up to a level where they can earn on their own, and be economically independent. Once these children can no longer be kept in the Child care Home after they complete 18 years of age, the question arises as to how they will fend for themselves if they leave the Home, and who will support their medical, shelter and educational needs once they leave the orphanage/ Home. Further, not all children infected with HIV can undertake higher studies to an extent that will enable them to acquire a job that will support them. Therefore, they will have to be trained to become self -employed, which is also not possible by the time they are 18. This problem of economic sustainability is a major issue for children infected and affected by HIV during their late adolescent years and requires to be addressed. It is also the period the children are currently receiving no handholding or support. Therefore, the need to have a data base of children already infected and affected by HIV is reiterated once again and there is a need to address this issue. Whether the age of support to be given to such children can be enhanced so that they are given assured support till they become more independent, or have the opportunity to be so, is another issue for consideration.

5.8 At present some of the facilities due to these patients are being provided through specialized agencies where their identity can be kept confidential. That social stigma exists becomes painfully clear from the incidents of rejection and denial that such children face which are reported in the media from time to time. Till social stigma related to HIV/AIDS reduces with greater awareness, the only practical solution appears

to be to provide such support, and more sustained legal assistance through the help desks at the ART centres, as the number of patients handled by them may not be very high. The feasibility of implementing this suggestion either by providing separate resources or by expanding the capacity of existing personnel and augmented with external legal support on a more regular basis than is now available, needs to be examined through a study. For assessing the need, every ART centre must prepare a list of OVCs in their jurisdiction. This will help make it possible to make a proper assessment. Where the need for separate resources is established, qualified persons who are infected with HIV may be employed as they will be able to provide such service with empathy. However, the final solution for ensuring that all the needy avail the benefits due to them lies only in breaking the social stigma attached to this disease.

6. Issues relating to stigma and the need for counseling

6.1 One of the most critical issues that need to be addressed in respect of children infected or affected by HIV is the issue of stigma because it has many spin offs that have far reaching consequences on other aspects of their lives and which affect the quality of their lives significantly. Stigma itself can be further categorized into two, viz the stigma from society and self- imposed stigma. It is seen that such stigma affects not merely those who are infected with HIV but even those affected by it, ie those who are not themselves infected with the disease but who suffer the stigma and discrimination merely because some member of their family suffers from it. Over the years much has been done to reduce the first type of stigma that impacts those infected and affected by HIV equally. It is understood that no formal complaints against discrimination have been received by KSACS from any quarter since 2010. However, this does not mean in any way that discrimination in society has been completely eliminated or that such issues have been eliminated, as is clear from incidents that are reported from time to time; at best it indicates that the frequency of such occurrences have reduced.

6.2 Therefore, efforts need to continue for creating greater awareness about this disease among all persons with whom children have to normally interact, especially in schools. These efforts should include introducing modules at the High school and Higher secondary school levels to create awareness among the students, and teachers at this level need to be capacitated to handle these issues through exposure to the subject in their B.Ed training module as well as in the trainings organized by the Sarva Shiksha Abhiyaan(SSA). It is also necessary to start sensitizing children early at the Upper Primary/Lower primary (UP/LP) levels through cluster training modules given through the SSA. Awareness programmes need to be conducted through the School Health Programme to students and to Parent Teacher Associations

(PTA) to reduce discrimination based on stigma. Training of trainers (TOT) should be done for the Police Department; the services of DELSAs and KELSA should also be used for providing this training. Awareness about HIV can also be included in the Anganwadi Mothers meets and in the Adolescent Children's meetings. Such sensitization is very essential to create an enabling environment in schools for these children for ensuring their all -round development. In the case of children infected with HIV it will also help if their teachers have an idea of this ailment, the adverse impact of their illness on regular attendance in school , the need for relaxation in attendance, opportunities for doing retests on certain occasions, and also some support in participating in extracurricular activities. It is only such attempts at creating wide spread awareness about HIV at every level in society that will help combat the stigma against adults and children infected or affected by HIV.

6.3 One aspect that needs to be addressed at the earliest when creating awareness about HIV is the issue of how this disease has to be handled by care givers who could be in schools, households, child care institutions, hospitals and nursing homes. Today, the lack of such awareness is one of the main causes for the difficulty in integrating such children with their peers. Two years ago KSACS is understood to have given training to all the care givers under the Department of Social justice. However, this needs to be given more regularly as part of the regular training given to them. Therefore, a plan has to be developed for this purpose; such training should also cover the question of how to address the health risks involved when the HIV status of children are not known to the care givers in these institutions or when such children have to be handled in situations where they are in close proximity to many other children for whose health and safety they are accountable. Equally important are the measures to be followed by them to protect themselves, and also the preventive actions to be taken when they are unwittingly exposed to the disease when handling such children whose HIV status was not known to them.

6.4 The problem of "self stigma" experienced by children infected or affected by HIV is an even graver issue. Almost all HIV positive people, including children or those affected by the disease suffer from this problem; it is in many ways a bye product of the stigma about this disease in society. It is the biggest challenge that has to be overcome to ensure proper rehabilitation of these children in society. The problems of children infected by the disease and those only affected by it are strangely similar in many respects; they both suffer from lack of self esteem and they have very serious problems in socializing, both due to their own inhibitions and also due to a lack of acceptance of such persons on the part of society at large. That is why confidentiality forms a very important part of handling children with HIV or those

affected by it. Yet, it is equally important that they be encouraged to develop the confidence to "disclose" their condition so that they do not have to bear the burden of having to perpetually conceal their identity. This is especially so in the case of children affected by HIV who do not suffer from the disease and have the capacity to participate in any activity without any restriction. Availability of adequate facilities for counseling is an important requisite to help tackle this problem.

6.5 At present the following counseling facilities are available where counselors have been specially trained to handle such issues:

i) in the ICTCs where there are facilities for both pre and post testing counseling facilities. It is also available to some extent in FICTCs, where the staff nurse in the testing facility has been trained to provide some basic counseling to patients.

ii) in ICTCs where there are professionally trained counselors to provide counseling support. They were being given training for 12 days through the School for Behavioural Studies of the MG University under a programme funded by the Global Fund for Aids, TB and Malaria (GFATM). However, since this funding has ceased, this training programme is not being continued. This is an issue that needs to be addressed.

iii) ART centres also have peer counseling support provided through 8 Counseling centres and 6 Help Desks now being managed through persons infected by HIV who have been trained to handle this work. This project is also supported by the GFATM through the project VIHAAN managed by Alliance, an NGO, across the country. Their presence in Kerala is through Council for Positive Persons in Kerala (CPK+).Besides counseling support, they also follow up on patients in the treatment regimen, to prevent dropouts from the treatment. There is still room for improvement in the present follow up regimen, as can be seen from the figures of children registered for the second line of treatment. Selected children are, at present, understood to be brought to the ART centres once a year for training, life skill training etc. This provides an opportunity to assess their nutritional status, and the general experience is that these children do not have good appetites and that their Body to Mass Index is less than the required minimum. In the matter of nutrition intake, diet plans have to be often drawn up on a case by case basis, to help overcome the normal aversion that children infected with HIV have for food intake. However, it needs to be noted that not all children come up for such evaluation, and that this assessment is therefore limited to a few children who display leadership qualities among those infected by HIV and are under treatment in the ART centres. Therefore, there is need for a better system to gauge the nutrition intake of all children registered with ART centres.

6.6 The above mentioned counselling facilities address the needs of both children and adults alike. Therefore, these resources need to be augmented, particularly in the school environment, so that children in need of counseling can access them easily as and when the need arises; such availability will also help to guide other children in the school environment who have to interact with these children. A serious, emerging problem is the lack of adequate facilities for adolescent counseling. At present the facilities available for this purpose is not sufficient and the number of children requiring this facility are increasing; therefore, there is a need to increase such facilities. It is also necessary to bear in mind the fact that only the programme data of children up to the age of 15 is being maintained by KSACs at present and that the data for adolescents between 15-18 years is crucial in this context, and needs to be specifically obtained for making a proper assessment of the demand for such services. It would be possible for the ART centres to make a consolidation of the data regarding children being treated by them who are/were 15 years over the last 3 years and make a list of adolescents who need to be supported through counseling etc. This data will need to be maintained on a year-wise basis so that there is some basis for providing counseling support to children who are between 15 and 18.

6.7 Children infected with HIV have to face the challenges caused by HIV all their lives, none more so than the issues that they have to grapple with in terms of physical urges natural to them in their adolescent years, and the life -long choices they have to make in their personal lives. For this, they need strong counseling support from a very early age. The prevention of unacceptable sexual contact by those infected by HIV has very serious implications for society as a whole; therefore, these children need to be given appropriate support even as a measure against the spread of the disease. Recognising the importance of this problem, KSACS undertook such training for 120 children infected by HIV under a training programme funded under Annual Plan. However, this is woefully inadequate vis a vis the actual need. Funding needs to be provided adequately and on a continuous basis for such a preventive measure.

6.8 A review of the counseling facilities available for children in the State under various schemes reveal the existence of the following facilities under various schemes in the health and education sectors :

i) 500 odd counselors appointed by the Department of Social Justice (DSJ)

ii) the counselors under the Our Responsibility to Children (ORC) programme,

iii) in 23 centres available for handling Sexually Transmitted Diseases in Medical Colleges, District Hospitals and some Government Hospitals;

iv) counseling centres for Adolescent Reproductive and Sexual Health centres set up under the National Rural Health Mission (NRHM) in District Hospitals,

v) the Bhoomika one stop crisis centres in District Hospitals, and

vi) the Family Counselling centres set up under the Central Social Welfare Board.

A very convenient option is to empower all these counselors with adequate training so that they are in a position to provide appropriate counseling support on this subject, particularly for adolescent children.

7. Challenges in providing care

7.1 Just as there are challenges in providing counseling to this vulnerable group of children, there are very many challenges in providing them care. There could be problems due to the fact that it is one or both of the parents who are infected by HIV and are unable to give the child the necessary care; it could also be that the child has lost one or both of his or her parents and hence have either none to look after him or her or has been given to the care of elderly relatives who do not have the capacity to look after them. If there are none to look after such children, they need to be given care and protection, which will include the opportunity to study without disruptions and not become dropouts. If so, the Child Welfare Committees (CWCs) have an important role to play in the matter, and they need to be given an orientation to handle such cases. The problem gets worse if one or more of the children are also infected. We are yet to have structured systems in India like those available in Sweden and the USA, for providing foster care and adoption for persons infected with HIV, nor are we equipped as yet to handle such children along with other children in our Child Care Homes. In this scenario, the siblings are likely to be separated because often Care Homes are not trained to handle children with HIV. Such children need counseling support and opportunities to continue their bonds with their siblings.

7.2 There are hardly any Homes in the state which handle children infected with HIV. St John's at Venjaranmmodu is one such institution. They provide these children, who are either orphans or those who have no one to look after them, with facilities for education, special diets, the medical support, counseling etc. Efforts are in progress to provide them support under the Integrated Child Protection Scheme (ICPS) programme. However, more such institutions than presently available are needed to manage the requirements of the state as a whole because an institution like St John's for example, can cater at best for about 30 to 40 children. The possibility of creating such institutions with the support of ICPS needs to be explored. In developed countries, community has become more involved in providing support and care for children infected with HIV, but it is yet to become a reality in India. We have some distance to travel before we can ensure that level of participation in provision of care. Therefore, support through Homes set up with the help of the voluntary sector remains the best the option, and needs to be encouraged.

7.3 Even as we provide them care and protection, in the case of these children, the question arises as to how the continuum of care that they require in some cases will be provided after they turn 18 and are no longer categorised as children. Many of them suffer interruptions in their studies and so they may not have finished their elementary education by the time they turn 18. It needs to be considered how this aspect can be addressed and how they can be supported till they c at least complete their education or learn a skill that will help them to be self supportive. Unless they learn a trade or acquire a skill, it will be challenging for them to earn a living which is compatible with their health problems. At present there are no facilities available, except the ASAP, for providing them skills to become self - supportive at least in terms of earning a livelihood. But the opportunities available under ASAP like hospitality industry, automobile or electronic repair etc are not deemed suitable to those infected with HIV. It is therefore necessary to identify areas in which those infected with HIV can be gainfully employed, taking into account the limitations they may have in the matter of their health, while yet leveraging on their capabilities. It is also necessary to figure out how to maintain the continuum of care beyond 18 years to those who are not in a position to do so or have no one to depend on for such support.

7.4 For becoming more independent and to live in society on their own terms, besides the imparting of skills, they also need the ability to interact with the community at large. Because of the stigma they suffer, it becomes necessary to create opportunities for them to do so, be it in school or in other social fora. This is an area where organizations with tremendous strength at the local level, like Kudumbasree could play an important role. This aspect has been acknowledged in the Government Order marked as **Annex III** However, the problem in leveraging them is the issue of confidentiality. Most parents or children are unwilling to come forward to declare their health status and enroll, for fear of being socially ostracized. Therefore, there is need to encourage organizations like CPK+ to provide platforms where these children can start the process of socializing, and then be encouraged to participate in mainstream activities. At present they do not have the funds to expand their operations. If support is provided, it will be possible for them to provide the children avenues for life skill training including leadership development, for career counseling, and for imparting job skills, taking into account the nature of their health and capabilities. It will also be possible to provide opportunities for recreational activities like indoor and outdoor games, quizzes, painting competitions, meditation programmes etc. Competitions could also be held in such activities for them at regular intervals in order to encourage them. Through these efforts the aim must be to empower these children to break the self- stigma that they have imposed on themselves, especially those children who are affected by HIV, and they should be encouraged to face the world without any inhibition. Initiatives like the Student Police cadets (SPC), the NCC and the NSS can also be encouraged to involve such children in their activities, thus providing opportunities for peer group interaction. The possibility of tapping

funds for such purposes under CSR from the corporate sector, as has been done in Tamil Nadu to the extent of Rs 10 crores, is an option that needs to be examined.

Recommendations

Keeping the above aspects in view, the following recommendations are being made to improve the conditions of children infected or affected with HIV:

1. In order to have a fully comprehensive data base about children who are affected and infected by HIV, the following issues need to be addressed:

   i) The state must ensure that every Hospitals that treats children or pregnant mothers with HIV, especially the private hospitals, report their information on such patients without fail to KSACS under shared confidentiality. For this, appropriate awareness classes should be taken to reach all medical practitioners in the Government and private sectors, using the training opportunities available in the Government system and also with the Indian Medical Association(IMA) (Action: KSACS, DHS, DME)

   ii) The data of children between the ages 15 to 18, who were/are under treatment, and which would be readily available with the ART centres and KSACS needs to be carved out to create a state based data base of these children. This will facilitate the State to take action to address their specific issues. This needs to be done at the earliest.(ACTION: KSACS)

2. To address the crucial needs of adolescents between 12 and18, especially in respect of counseling, resources have to be made available to KSACS. Their present efforts to do so using the funds available to them are too meager when measured against the actual need.(ACTION: KSACS)

3.There is currently no database of children affected by HIV. This needs to be started by collecting the information about the families of all patients who are currently availing treatment in ART centres. (ACTION: KSACS)

4. The medical practitioners in private and Government hospitals need to be sensitized so that pregnant women get the testing done for HIV in their first trimester itself, and start the treatment immediately thereafter if they test positive for HIV. Similarly doctors, especially paediatricians, need to be trained to distinguish between Opportunistic Infections like TB and similar infections that occur not as part of HIV. The Director of Health Services, the Director of Medical Education and the IMA must take necessary action to reach out to all health personnel and create the necessary awareness in this regard.(ACTION: DHS, DME, Department of Health, KSACS)

5. KSACS needs to consider setting up Link ART centres in tribal belts in the border areas of the state, irrespective of patient load, due to the special circumstances prevailing there, as there is genuine difficulty in ensuring follow up without direct supervision, despite the free transport facility being provided up to the nearest ART centre.(ACTION: KSACS)

6.The nutrition intake of children infected with HIV is a matter of concern, given the loss of appetite that is a natural consequence of this illness, the lack of access to midday meals during holidays, vacations and on days the child falls sick, and also the lack of nourishment in the

diet of many families who are below the poverty line. There has to be a mechanism to ensure steady availability of nutritious food. The adverse impact of fast foods, soft drinks etc are also a factor that children and their families need to be made aware of so that they can maintain their quality of life. (ACTION: DSJ, Dept. Of Health)

7 . The elected representatives of LSGIs need to be sensitized about the serious impact of malnutrition so that they can review the situation in each of their wards to see how effective the available arrangements are for providing nutritious and clean food in an uninterrupted manner, to the targeted beneficiaries, and take corrective measures, wherever needed. This aspect must form a part of the training being given to the newly elected representatives of LSGIs. (ACTION: LSGD)

8.The supply of nutritious food by the LSGIs varies from one to another with some supplying a more comprehensive diet than another. KSACS should ideally try to bring in some level of uniformity in the diet that needs to be given to any child infected with HIV, taking into account the nutrition status and dietary habits in different areas so that the children get optimum benefit from this programme.(ACTION: LSGD, KSACS)

9. The state must take action to prepare a list of old headed and child headed families as well as list of drop out children who constitute the Orphans and Vulnerable Children(OVC) segment. Due to the stigma in society and the need to protect their identity, arrangements should be made to have such lists, which should ideally be with LSGIs, initially prepared by Community Care Centres or Help desks linked to ART centres, from the data available with them. Targeted action must be taken for supporting them so that children get the care and protection that they deserve, and they do not become drop outs or join the workforce at the cost of their studies. Special attention also needs to be given to children who have lost both their parents and are therefore currently outside the framework of benefits given to the families of persons infected with HIV.(ACTION: KSACS, LSGD)

10. Today the Governments Integrated Child Protection Scheme (ICPS) has many provisions to support children in need of care and protection, including sponsorship schemes for supporting economically and adverse children in family circumstances. It is a necessary to ensure that the benefit of these schemes is extended to all eligible children infected/affected by HIV. Since District Child Protection Units (DCPUs) are now available in every district, KSACS must establish a link with them and the ICPS to ensure that the benefits of this scheme are extended to these categories of children who are very much in need of care and protection (KSACS,DSJ)

11.There is an urgent need for a support centre at the level of the ART centre to provide the OVCs guidance and support to access the benefits due to them and also access the grievance redressal machinery, if any, available at the grass root level so that these issues can be sorted out at the earliest. Simultaneously, service providers in panchayats need to be sensitized about the special needs of this group of people and the importance of privacy and sensitivity in dealing with their needs. Additional manpower resources needed for supporting children infected with HIV through ART centres can be made available by employing persons infected by HIV, as is already being done in these centres for providing other services. A feasibility study needs to be

got done and sustainable options identified to extend such services to the needy (ACTION: KSACS)

12.OVCs need easy access to legal aid. KSACS needs to examine whether the legal support made available through DELSA in the form of occasional legal aid clinics is adequate or whether there is need to provide them more support that is easy to access and will help them to redress their problems more effectively.(ACTION: KSACS, KELSA)

13. All persons infected or affected by HIV in the state are to be given Rs 1000 per month as family support. The arrears of Rs 10 crores pending for paying the balance of the enhanced amount from the date the revised amount came into effect, and also the amount now due to be given to them, need to be cleared at the earliest by the state Government as the current year's allocation is only Rs 2 crores and an allocation of Rs 8 crores is still pending settlement (ACTION: DSJ, Dept of Finance)

14. Counseling needs of children infected and affected with HIV are varied, and they would have to even include the need to counsel the parents and the child, in case the child contracts HIV on his or her own, and needs to be tested and treated. In order to meet these counseling needs of children infected and affected by HIV, it is felt necessary to train and sensitise all counseling resources available in the state, in all institutions and mechanisms that interact with children. KSACS will provide the necessary support for this initiative.(ACTION: DSJ, KSACS, Dept of Health)

15.Awareness training, on how to handle children who are infected and affected by HIV and also for dealing with any emergency situations, needs to be given to all care givers, be they in hospitals, Child care institutions and schools. Teachers must be sensitized about their enforced absence at times due to poor health, the need for special consideration at times due to poor health etc. Awareness training must also be given to the CWCs who will have to provide care and protection to children infected and affected by HIV. KSACS needs to take action in this matter in conjunction with the concerned authorities who will lend full support to this initiative (ACTION: KSACS)

16. In order to overcome the stigma that prevents children affected or infected with HIV from actively participating in normal socializing avenues available to children, special opportunities need to be created by providing adequate resources to organizations like CPK+ which can provide them the avenues to do so among themselves, if suitably supported. This initiative must be two pronged——one to ensure that children affected by HIV are given the necessary handholding to participate in mainstream activities, and the other, to provide opportunities to those infected with HIV to socialise by supporting activities where they can participate without the fear of stigma.(ACTION: KSACS, General Education Dept)

17. To encourage children infected and affected by HIV to lead as normal a life as possible, it is necessary to provide them life skill training, opportunities for skill development (in the case of children infected with HIV, it needs to be ensured that such vocations take into account their health needs), avenues for career guidance and exposure to the opportunities available to them to pursue a career. These aspects should become an important part of the activities that will be taken up by the Community care centres

or help desks once their scope is expanded. (ACTION: KSACS)

18. Children who are only affected by HIV need to be encouraged to break free from the self stigma that inhibits them from taking part in activities along with their peers. For this, special efforts need to be made to involve them in activities like the SPC, NCC etc as well as in other mainstream activities.(ACTION: Gen Education Department, Police, KSACS)

19. Given the present stage of evolution regarding the care being given to children infected with HIV, while institutionalized care will continue to be the last option, there is a need to actively encourage more voluntary agencies to provide such support to children in need, with support from ICPS. While care within the family is the best option, there has to be provision for institution based care. Since there are very few institutions providing care to children infected and affected by HIV in the State, the possibility of setting up more such institutions, on a need basis, even in the PPP mode, needs to be considered. (ACTION: DSJ)

20. To address the challenge of ensuring the continuum of care required by children infected with HIV once they turn 18, life skill and vocational training has to be given to those who are not in a position to continue their studies, so that they can stand on their own feet and become economically stable. This places a double strain on children infected by HIV because, in addition to the burden faced by normal children when tackling their studies at the higher levels in schools, they have to cope with the twin burdens of having to do the same with the additional burden of the limitations faced as a consequence to their ill health, and also the concern about their future once the turn 18 and can no longer be supported in a Home registered under the JJ Act. This is an area that needs to be studied in depth if the objective of proper rehabilitation of these children is to be achieved. (ACTION: KSACS, DSJ)

21. Since no child can be retained in a Home registered under the JJ Act 2000 after he or she completes 18 years, and many of these children would not have completed their basic education by then due to their health issues, and given the stigma and rejection they face in society, there is a need to consider the possibility of providing them support beyond 18 years till they reach a stage where they can fend for themselves after securing a suitable level of education or skill, depending on individual capabilities. In some countries like the United Kingdom, for example, the age limit has been extended for children with vulnerabilities. (ACTION: KSACS, DSJ)

22. The possibility of seeking CSR support for projects to ensure the quality of life to children infected and affected by HIV and to provide them the necessary support to break free of the self stigma imposed upon themselves due to the attitude in society towards them, need to be explored.(ACTION: KSACS, DSJ)

Annexure - 1

Participants in the Workshop on the Status of HIV - AIDS affected Children on September 17, 2015 at Mascot Hotel, Thiruvananthapuram

1. Smt Shoba Koshy, Chairperson, KeSCPCR
2. Shri K. Nazeer, Member, KeSCPCR
3. Fr Philip Parakkatt P.V, Member, KeSCPCR
4. Smt Meena C.U, Member, KeSCPCR
5. Shri Babu.N, Member, KeSCPCR
6. Smt J. Sandhya, Member, KeSCPCR
7. Smt Glory George, Member, KeSCPCR
8. Dr Bindu G.S, Pediatrician, SAT Hospital, Thiruvananthapuram
9. Shri Sunil Kumar G, Joint Director (IEC), KSACS, Thiruvananthapuram
10. Dr T.V. Velayudhan, Joint Director (Care & Support), KSACS, Thiruvananthapuram
11. Smt Anjana.G, Assistant Director, GIPA, KSACS, Thiruvananthapuram
12. Smt Sandhya Sarath, Secretary, CPK+, Ernakulam
13. Shri B. Prathapa Chandra, Law Officer, Social Justice Department
14. Shri P.S. Mathew, ASPD, RMSA, Thiruvananthapuram
15. Smt Sangeetha.S, APO, SSA, Thiruvananthapuram
16. Dr T.P. Asharaf, Executive Director, Kerala Social Security Mission
17. Shri Aseef Reju.M.I, Directorate of Higher Secondary Education
18. Fr Alexander Valiyaveettil, St Johns Health Centre
19. Shri Ubaidulla.M, Research Assistant, DVHSE, Thiruvananthapuram

Annexure - 2

Participants in the One Day Workshop on the Status of HIV - AIDS affected Children on January 1, 2015 at Government Guest House, Thiruvananthapuram

1. Shri Madhusoodanan T.K, Joint Secretary, CDNP+, Kannur
2. Shri Muhammed, Joint Secretary, KDNP+, Kasaragod
3. Shri C.M. Radhakrishnan, President, IDNP+, Idukki
4. Shri Sugith, Member, IDNP+, Idukki
5. Smt Sumathi.A, PDNP+, Palakkad
6. Shri Pious.C.F, General Secretary, TNP+, Thrissur
7. Shri Mathew.K, President, KNP+, Kozhikkode
8. Shri Zakkir Hussain P.B, Programme Officer, SSA, Alappuzha
9. Smt Sreeja.S, Protection Officer (NIC), DCPU, Thiruvananthapuram
10. Smt Nimmimol.G, Protection Officer (IC), DCPU, Thiruvananthapuram
11. Smt Gayathri.J, Legal cum Probation Officer, DCPU, Thiruvananthapuram
12. Smt Vidya.S.S, Social Worker, DCPU, Thiruvananthapuram
13. Shri Abraham.C, Nodal Coordinator, Childline, Kollam
14. Shri Joseph.K.O, AO, CPK+, Kochi
15. Smt Anitha Rajan, Block Programme Officer, SSA, Kaniyapuram BRC
16. Smt Shaniba, Project Officer, Nirbhaya
17. Sr Chaithanya, Chavara Inspire Charitable Society, Ernakulam
18. Sr Little Theresa, Chavara Inspire Charitable Society, Ernakulam
19. Smt Thresia.E.M, WNP+, Wayanad
20. Smt Mini Ashokan, ADNP+, Alappuzha
21. Shri Nidhish M. George, Nodal Coordinator, Childline, Kasaragod
22. Dr V.R. Mohanan Nair, Member, CWC, Pathanamthitta
23. Shri V. Chandramohanan, Member, CWC, Kozhikkode
24. Smt Thara.I, CRCC, Thiruvananthapuram
25. Smt Lilly Bai.K.J, SPO, SSA, Thiruvananthapuram
26. Smt Sobhana Kumari.P, State Programme Officer, SSA, Thiruvananthapuram
27. Smt Boby Joseph, State Consultant, Kerala Mahila Samakhya Society, Thiruvananthapuram
28. Fr Thomas P.D, Director, Childline, Thiruvananthapuram

29. Shri G. Abhilash, Advocate, Palakkad
30. Smt T. Reena, Advocate, Palakkad
31. Shri Ratheesh.S.K, Childline, Thiruvananthapuram
32. Shri Arun Krishna S.S., Childline, Thiruvananthapuram
33. Shri Emmanuel, Childline, Thiruvananthapuram
34. Shri R. Sudha Kumar, District Child Protection Officer, Thiruvananthapuram
35. Smt Sandhya Sarath, TDNP+, Thiruvananthapuram
36. Smt Sheela.R.S, TDNP+, Thiruvananthapuram
37. Smt Dhanya Josy, Programme Officer, CPC+, Ernakulam
38. Smt Aarathi.S.S, TDNP+, Thiruvananthapuram
39. Anil Kumar K.N.Pillai, Advoate, Ernakulam
40. Dr Fr Jose Paul, Director, Samagra/Childline, Palakkad
41. Shri Benchamin, Project Director, ENPT, Ernakulam
42. Smt Prasanna Kumari K.P., DDE (QIP), DPI, Thiruvananthapuram
43. Smt S.Sheeba, Assistant Director, VHSE, Kollam
44. Shri K.K.Shaju, Member, CWC, Kollam
45. Dr T.V. Velayudhan, Joint Director (Care & Support) KSACS, Thiruvananthapuram
46. Shri Sumesh K.R, Deputy Director (Social Protection), KSACS, Thiruvananthapuram
47. Shri Sudheer E.S, Programme Officer, SSA, Thiruvananthapuram
48. Shri Sunil Kumar G, Joint Director (IEC), KSACS, Thiruvananthapuram
49. Shri Victor Johnson, District Coordinator, Childline, Wayanad
50. Darlin Donald, Coordinator, Childline, Thiruvananthapuram
51. Shri Joseph Mathew, President, CPT+, Ernakulam
52. Shri Premlal P.R, Programme Officer, SSA, Kollam
53. Shri John.J, Block Programme Officer, Chathannoor, Kollam
54. Smt Indira.C, DDE (Project Officer), DPI, Thiruvananthapuram
55. Smt Deepa Marlin, DDE (QIP), DPI, Thiruvananthapuram
56. Hanza M. Salim, DDE, DPI, Thiruvananthapuram
57. Smt Chithra Lekha, Kollam
58. Dr Prasanth, Consultant, KSACS
59. Smt Alice George, Help Desk, Pathanamthitta
60. Dr Usha Kumari B, APD, KSACS
61. Dr Anjana.S, Assistant Director, GIPA, KSACS

62. Fr Alexander Valiyaveettil, St John's, Pirappancode
63. Shri R.S. Shibu, Chief Planning Officer, DPI, Thiruvananthapuram
64. Thasneem P.S, Programme Officer, Social Justice Directorate
65. Smt Bindhu S, J.S, Directorate of Vocational Higher Secondary
66. Smt Maya Devi.M, Directorate of Vocational Higher Secondary
67. Shri Ashok Nair, NNP+, Thiruvananthapuram
68. Shri K. Surendran Pillai, Block Programme Officer, SSA, Alappuzha
69. Dr M. Prasanna Kumar
70. Dr Ajay Rajan, KSACS
71. Smt Bindu Gopinath, Programme Officer
72. Shri M. Sideekhul Kabeer, Programme Officer, DVHSE
73. Shri Brijithlal.V, KTDNP+, Kottayam
74. Shri Rajan, KDNP+, Kasaragod
75. Smt Maheswari, CDNP+, Kannur
76. Raji, KND+, Kozhikkode
77. Smt Syamala.L, TNP+, Thrissur
78. Shri Balan, PDNP+, Pathanamthitta

Annexure III

കേരള സർക്കാർ
സംഗ്രഹം

തദ്ദേശസ്വയംഭരണവകുപ്പ് - തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കുവേണ്ടിയുള്ള എച്ച്.ഐ.വി./ എയ്ഡ്സ് കരട് നയവും മാർഗ്ഗരേഖയും അംഗീകരിച്ചുകൊണ്ടും മാർഗ്ഗരേഖ അനുസരിച്ച് പ്രോജക്ടുകൾ തയ്യാറാക്കുന്നതിന് തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് അനുമതി നൽകികൊണ്ടും ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു.

തദ്ദേശസ്വയംഭരണ (ഐബി) വകുപ്പ്

സ.ഉ.(സാധാ.)നം. 653/13/ത.സ്വ.ഭ.വ. തിരുവനന്തപുരം, തീയതി 15/03/2013

പരാമർശം :
1. കില ഡയറക്ടറുടെ 11.01.2011, 25.08.2012 എന്നീ തീയതിയിലെ കില/ടി. പി.(ബി) - 87/09-10 നമ്പർ കത്തുകൾ
2. 21/06/2012 ലെ സ.ഉ.(എം.എസ്.) നം.173/2012/ തസ്വഭവ
3. കോ-ഓർഡിനേഷൻ സമിതിയുടെ 18.01.2012 ലെ 2.7, 26.09.2012 ലെ 3.3 10.01.2013 ലെ 3.2 എന്നീ നമ്പർ തീരുമാനങ്ങൾ

<u>ഉത്തരവ്</u>

എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയുമായി ചർച്ച ചെയ്ത് കില തയ്യാറാക്കിയ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കുവേണ്ടിയുള്ള എച്ച.ഐ.വി./എയ്ഡ്സ് കരട് നയവും മാർഗ്ഗ രേഖയും അംഗീകരിക്കുന്നതിനായി പരാമർശം (1) പ്രകാരം കില, ഡയറക്ടർ, അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിരുന്നു.

സംസ്ഥാനതല കോ-ഓർഡിനേഷൻ കമ്മിറ്റിയുടെ പരാമർശം (2) ലെ തീരുമാനങ്ങൾ പ്രകാരം കില തയ്യാറാക്കിയ കരട് നയവും മാർഗ്ഗരേഖയും അംഗീകരിക്കുകയും പ്രസ്തുത മാർഗ്ഗരേഖ അനുസരിച്ച് പ്രോജക്ടുകൾ തയ്യാറാക്കുന്നതിന് തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന ങ്ങൾക്ക് അനുമതി നൽകാനും പ്രസ്തുത വിവരം കുടുംബശ്രീ, സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി മിഷൻ, തൊഴിൽ വകുപ്പ്, എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റി എന്നിവരെ അയയ്ക്കുവാനും തീരുമാനിച്ചു.

സർക്കാർ ഇക്കാര്യം വിശദമായി പരിശോധിച്ചു. എച്ച്.ഐ.വി./എയ്ഡ്സ് ബാധിതരെ സഹായിക്കുന്നതിനും സമൂഹത്തിന്റെ മുഖ്യധാരയിൽ കൊണ്ടുവരുന്നതിനുമായി തദ്ദേശസ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കുവേണ്ടി കില തയ്യാറാക്കിയ അനുബന്ധമായി ചേർത്തിരിക്കുന്ന എച്ച്.ഐ.വി./എയ്ഡ്സ് കരട് നയവും മാർഗ്ഗരേഖയും അംഗീകരിച്ചുകൊണ്ടും പ്രസ്തുത മാർഗ്ഗരേഖ അനുസരിച്ച് പ്രോജക്ടുകൾ തയ്യാറാക്കുന്നതിന് തദ്ദേശസ്വയംഭരണസ്ഥാപന ങ്ങൾക്ക് അനുമതി നൽകി ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു.

ഗവർണ്ണറുടെ ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം

ബി. സുരേന്ദ്രൻ പിള്ള
അണ്ടർ സെക്രട്ടറി

1. ഡയറക്ടർ കില
2. പഞ്ചായത്ത് ഡയറക്ടർ, തിരുവനന്തപുരം
3. നഗരകാര്യ ഡയറക്ടർ, തിരുവനന്തപുരം

4. ഗ്രാമവികസന കമ്മീഷണർ, തിരുവനന്തപുരം
5. എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ, കുടുംബശ്രീ
6. പ്രോജക്ട് ഡയറക്ടർ, കേരള എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റി
7. ഡയറക്ടർ, സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി മിഷൻ
8. തൊഴിൽ വകുപ്പ്
9. തദ്ദേശസ്വയംഭരണ (ഡി.എ.) വകുപ്പ് (U.O. No. 667/DAI/13/തസ്വഭവ പ്രകാരം)
10. സ്റ്റോക്ക് ഫയൽ/ഓഫീസ് കോപ്പി

ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം

സെക്ഷൻ ഓഫീസർ

ഉള്ളടക്കം

ആമുഖം

1. പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ
2. എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധിതരെ കണ്ടെത്തൽ
3. ചികിത്സ, പരിചരണം
4. പോഷകാഹാരം
5. സാമൂഹ്യ-മാനസിക ആവശ്യങ്ങൾ നിറവേറ്റൽ
6. ക്ഷേമ പരിപാടികൾ
7. അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ
8. സാമ്പത്തിക വികസന പ്രവർത്തനങ്ങൾ
9. പരിശോധന-ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ സൗകര്യങ്ങൾ
10. സേവനദാതാക്കൾക്കുവേണ്ട അനുബന്ധ സൗകര്യങ്ങൾ
11. പൊതുനിർദ്ദേശങ്ങൾ
12. മോണിറ്ററിംഗ്

പന്ത്രണ്ടാം പഞ്ചവത്സര പദ്ധതി (2012-2017) :

തദ്ദേശസ്വയംഭരണസ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് വേണ്ടിയുള്ള എച്ച്.ഐ.വി./ എയ്ഡ്സ് മാർഗ്ഗരേഖ

ആമുഖം

2008 ലെ കണക്കു പ്രകാരം ഇന്ത്യയിൽ മുതിർന്നവരുടെയിടയിൽ 0.36 ശതമാനം പേർ എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധിതരാണെന്ന് കണക്കാക്കിയിരിക്കുന്നു. സുരക്ഷിതമല്ലാത്ത ലൈംഗികബന്ധങ്ങളിലൂടേയും കുത്തിവെച്ചുള്ള മയക്കുമരുന്ന് ഉപയോഗത്തിലൂടെയുമാണ് പ്രധാനമായും എച്ച്.ഐ.വി. പകരുന്നത്. ലോകത്ത് ഏറ്റവും കൂടുതൽ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുള്ള രാജ്യങ്ങളിലൊന്നാണ് ഇന്ത്യ. കേരളത്തിൽ മുതിർന്നവരുടെ ഇടയിൽ 0.26 ശതമാനം പേർ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരാണെന്ന് കണക്കുകൾ വ്യക്തമാക്കുന്നു. എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരിൽ നല്ലൊരു ശതമാനം പേർ രക്തപരിശോധനയിലൂടെ അണുബാധ തിരിച്ചറിയാത്തവരാണ്. രോഗം തിരിച്ചറിഞ്ഞവർ തന്നെ അത് വെളിപ്പെടുത്തി ശരിയായ ചികിത്സയും മറ്റ് സഹായങ്ങളും തേടുന്നതിന് വിമുഖത കാണിക്കുന്നവരുമാണ്. ഇത്തരം ഒരു സാഹചര്യത്തിൽ എച്ച്.ഐ.വി. പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും രോഗബാധിത വ്യക്തികൾക്കും അവരുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കും ശരിയായ പരിചരണ സേവനങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നതിനും സമൂഹത്തിന്റെ മുഴുവൻ പിന്തുണയും ആവശ്യമാണ്. ലൈംഗിക തൊഴിലാളികൾ (സ്ത്രീ/പുരുഷൻ), മയക്കുമരുന്ന് കുത്തി വെയ്ക്കുന്നവർ, കുടിയേറ്റ തൊഴിലാളികൾ (Migrant labourers), കൂടുതൽ തവണ രക്തം സ്വീകരിക്കേണ്ടി വരുന്ന ജനിതക വൈകല്യമുള്ളവരും രോഗികളുമായവർ, ഹിജഡകൾ എന്നിവരാണ് എച്ച്.ഐ.വി ബാധി ക്കാൻ ഏറ്റവുമധികം സാധ്യതയുള്ളവർ (High Risk Behavoiur Groups).

എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധ വ്യാപിക്കുന്നതിന് സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക ഘടകങ്ങൾക്കുപുറമെ ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായ പ്രത്യേകതകളും തൊഴിൽപരമായ സാഹചര്യങ്ങളും കാരണമാകുന്നു. കേരളത്തിൽ 0.26 ശതമാനം പേർ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരാണെന്നു പറയുമ്പോൾതന്നെ ചില ജില്ലകളിൽ അവരുടെ ശതമാനം 0.052 ഉം ചില പ്രദേശങ്ങളിൽ 1 ശതമാനം വരെയുമാണ് എന്നത് ഇതിന് തെളിവാണ്. ആരോഗ്യ വകുപ്പും കേരള സ്റ്റേറ്റ് എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയും (KSACS) നടത്തുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കുപുറമെ നിരവധി സന്നദ്ധ സംഘടനകളും ഈ രംഗത്ത് പ്രവർത്തിച്ചുവരുന്നുണ്ട്. ഈ പ്രവർത്തനങ്ങളെയെല്ലാം താഴെ തലത്തിൽ ഏകോപിപ്പിക്കേണ്ടത് പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ കൂടുതൽ കാര്യക്ഷമതക്കും ഫലപ്രാപ്തിക്കും സഹായകരമാകും. ഈ മേഖലയിലെ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഏകോപന ചുമതല ഏറ്റെടുത്ത് ഈ രംഗത്ത് നേതൃത്വപരമായ പങ്കുവഹിക്കാൻ തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് കഴിയുന്നതാണ്. ഏറ്റെടുക്കാവുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളെ പ്രധാനപ്പെട്ട മൂന്ന് മേഖലകളായി തിരിക്കാവുന്നതാണ്.

1. പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ
2. ചികിത്സയും പരിചരണവും, പിന്തുണയും
3. മറ്റ് അനുബന്ധ സേവനങ്ങൾ

മേൽപ്പറഞ്ഞവയുടെ ഉപവിഭാഗങ്ങൾ താഴെ പറയുന്നവയാണ്.

1. പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ
2. എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധിതരെ കണ്ടെത്തൽ
3. ചികിത്സ, പരിചരണം
4. പോഷകാഹാരം
5. സാമൂഹ്യ-മാനസിക ആവശ്യങ്ങൾ നിറവേറ്റൽ
6. ക്ഷേമ പരിപാടികൾ

7. അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ

8. സാമ്പത്തിക വികസന പ്രവർത്തനങ്ങൾ

9. പരിശോധന-ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ സൗകര്യങ്ങൾ

10. സേവനദാതാക്കൾക്കുവേണ്ട അനുബന്ധ സൗകര്യങ്ങൾ

1. പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ

ബോധവത്കരണ പരിപാടികൾ

(a) ആരോഗ്യവകുപ്പിലെ ഫീൽഡ് ജീവനക്കാർ, ആശവർക്കർമാർ, സാമൂഹ്യക്ഷേമ വകുപ്പ് ഹയർ സെക്കണ്ടറി സ്കൂളിലേക്ക് നിയോഗിച്ചിട്ടുള്ള കൗൺസിലർമാർ, ഐ.സി.ഡി.എസ്. സൂപ്പർവൈസർമാർ, അംഗൻവാടി വർക്കർമാർ എന്നിവരുടെ സാധാരണ ജോലിയുടെ ഭാഗമായി എയ്ഡ്സ് ബോധവത്കരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ കൂടി നടത്തുന്നതിന് നിർദ്ദേശം നൽകുകയും അപ്രകാരം നടക്കുന്നുണ്ട് എന്ന് തദ്ദേശസ്വയംഭരണ തലത്തിലുള്ള സമതികൾ ഉറപ്പുവരുത്തുകയും ചെയ്യുക. ഇതിനായുള്ള നിർദ്ദേശം പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന്റെ പ്രതിമാസ യോഗങ്ങളിൽ ഫീൽഡ് ജീവനക്കാർ, ആശാ വർക്കർമാർ എന്നിവർക്കും സി.ഡി.പി.ഒ.യുടേയും, ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം ഓഫീസറുടേയും നേതൃത്വത്തിലുള്ള പ്രതിമാസ യോഗങ്ങളിൽ ഐ.സി.ഡി.എസ്. സൂപ്പർവൈസർമാർ, അംഗൻവാടി വർക്കർമാർ, സാമൂഹ്യക്ഷേമ വകുപ്പിന്റെ കീഴിലുള്ള കൗൺസിലർമാർ എന്നിവർക്കും നൽകേണ്ടതാണ്. കൂടാതെ കുടുംബശ്രീയുടെ സാമൂഹ്യധിഷ്ഠിത സംഘടനാ സംവിധാനത്തേയും ഈ ആവശ്യത്തിന് ഉപയോഗപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. ഇവർക്ക് ആവശ്യമായ പരിശീലനം നൽകുന്നതിന് KSACS ന്റെ സഹായം തേടാവുന്നതാണ്.

(b) ബോധവത്കരണ ക്യാമ്പുകൾ - ഒരു വർഷത്തിൽ രണ്ട് ക്യാമ്പുകൾ വരെ നടത്താവുന്നതാണ്. ഒരു ക്യാമ്പിന് ഉച്ചഭക്ഷണച്ചെലവ് ഉൾപ്പെടെ പരമാവധി 3,000 രൂപ വരെ വിനിയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റി നിർദ്ദേശിക്കുന്ന റിസോഴ്സ് പേഴ്സൺമാരോ ആരോഗ്യവകുപ്പിലെ ഡോക്ടർമാരോ ആയിരിക്കണം ക്ലാസ്സുകൾ കൈകാര്യം ചെയ്യേണ്ടത്. ഈ രംഗത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്ന സംഘടന കളുടേയും അംഗൻവാടി വർക്കർമാരുടേയും സഹായം ക്യാമ്പ് സംഘടിപ്പിക്കുന്നതിനു വേണ്ടി തേടാവുന്നതാണ്. ഒരു ക്യാമ്പിൽ ചുരുങ്ങിയത് 25 പേരെങ്കിലും പങ്കെടുത്തിരിക്കണം. ഈ മേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കാൻ സന്നദ്ധതയുള്ളവരേയും അണുബാധ വരാൻ കൂടുതൽ സാധ്യതയുള്ള പ്രദേശങ്ങളിലെ വ്യക്തികളേയുമാണ് ഇത്തരം ക്യാമ്പിൽ പങ്കെടുപ്പിക്കേണ്ടത്.

(c) കേരള സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റി നിർദ്ദേശിക്കുന്ന സ്ഥലങ്ങളിൽ തുടർച്ചയായ ബോധവൽക്കരണ പരിപാടികൾ നടത്തേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. അത്തരം സ്ഥലങ്ങളിൽ സൊസൈറ്റിയുടെ സഹകരണത്തോടെയും നിർദ്ദേശത്തോടെയും ബോധവൽക്കരണ പരിപാടികൾ നടപ്പാക്കാവുന്നതാണ്.

(d) ഗ്രാമസഭകളിലും കുടുംബശ്രീ യോഗങ്ങളിലും അംഗൻവാടി പ്രവർത്തക യോഗങ്ങളിലും എച്ച്.ഐ.വി./ എയ്ഡ്സ് വിഷയവും ചർച്ചക്കായി ഉയർന്നുവരണം.

(e) കേരള സംസ്ഥാന എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയുടേയോ അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എൻ.ജി.ഒ.കളുടേയോ സേവനങ്ങളുടെ ലഘുലേഖകളും, വിവരവിജ്ഞാനവ്യാപന ഉപാധികളും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിലും, സേവനകേന്ദ്രങ്ങളിലും പ്രദർശിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

(f) എച്ച്.ഐ.വി./എയ്ഡ്സുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സ്ലൈഡുകൾ, ഷോർട്ട് ഫിലിമുകൾ എന്നിവ സിനിമാ തീയേറ്ററുകളിലും പ്രാദേശിക ചാനലുകളിലും പ്രദർശിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

(g) എല്ലാ തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിലും അനുബന്ധ സ്ഥാപനങ്ങളിലും എച്ച്.ഐ.വി./എയ്ഡ്സ് സേവനകേന്ദ്രങ്ങളുടെ വിശദാംശങ്ങളടങ്ങിയ വിവരണ ബോർഡ് സ്ഥാപിക്കാവുന്നതാണ്. ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിശദാംശങ്ങൾക്ക് KSCAS സഹായങ്ങൾ നൽകുന്നതാണ്.

(h) എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുടെ അനുഭവ വിവരണം ബോധവൽക്കരണ ക്ലാസ്സുകളിൽ ഉൾപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്.

(i) വാർഡുതല ഹെൽത്ത് ആന്റ് ന്യൂട്രീഷ്യൻ ഡേ പരിപാടികളിൽ എച്ച്.ഐ.വി./എയ്ഡ്സ് ബോധവൽക്കരണവും ഉൾപ്പെടുത്താം.

(j) ബ്ലഡ് ഡോണേഴ്സ് ഫോറം, എൻ.എസ്.എസ്., നിർബന്ധിത സാമൂഹ്യ സേവനം ബാധകമായിട്ടുള്ള വിദ്യാർത്ഥികൾ, സോഷ്യോളജി, സോഷ്യൽ വർക്ക് ഐച്ഛിക വിഷയമായെടുത്ത് കോളേജുകളിൽ പഠിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥികൾ, എൻ.സി.സി., സ്കൗട്ട്, യൂത്ത് ക്ലബ്ബുകൾ, യുവജന ക്ഷേമ ബോർഡിന്റെ പ്രവർത്തകർ എന്നിവരുടെ സഹായവും സേവനവും ബോധവത്കരണ പരിപാടികൾക്ക് ഉപയോഗപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്.

മേൽപറഞ്ഞ ബോധവത്കരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകളും നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും മാത്രമേ നടത്താവൂ.

2. എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരെ കണ്ടെത്തൽ

i) രോഗനിർണ്ണയത്തിനായുള്ള സൗജന്യപരിശോധന മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ, ജില്ല/ജനറൽ ആശുപത്രികൾ, താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ, തെരഞ്ഞെടുത്ത സാമൂഹിക ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ എന്നിവിടങ്ങളിൽ ലഭ്യമാണെങ്കിലും അത് വേണ്ടത്ര ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നില്ല. അതിനാൽ എച്ച്.ഐ.വി.ബാധ പിടിപെടാൻ സാധ്യതയുള്ള സാഹചര്യങ്ങളിൽ തൊഴിലിലേർപ്പെട്ടിട്ടുള്ളവരേയും പരിശോധന ആവശ്യമുള്ള മറ്റുള്ളവരേയും അവരുടെ അനുവാദത്തോടുകൂടി ഇത്തരം പരിശോധനാ കേന്ദ്രങ്ങളിലെത്തിച്ച് രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുന്നതിന് ബോധപൂർവ്വമായ ശ്രമം ആവശ്യമാണ്. അതിനായി ഈ രംഗത്ത് പ്രവർത്തിക്കാൻ സന്നദ്ധരായ 3-5 സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരെയോ, ഹോംകെയർ പാക്കേജിലെ പ്രവർത്തകരെയോ ഓരോ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തും/നഗരഭരണസ്ഥാപനവും കണ്ടെത്തി അവർക്ക് പ്രത്യേക പരിശീലനം നൽകി രോഗബാധിതരെ കണ്ടെത്തുന്ന ചുമതല ഏല്പിക്കാവുന്നതാണ്. കൂടാതെ ആശ വർക്കർമാർക്കും പരിശീലനം നൽകി ഈ ചുമതല ഏല്പിക്കാവുന്നതാണ്. പരിശീലനം എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയോ പ്രത്യാശ കേന്ദ്രം വഴിയോ നൽകുന്നതാണ്.

ii) ത്വക്-രക്ത പരിശോധനാ ക്യാമ്പുകൾ - എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റി നിർദ്ദേശിക്കുന്ന സ്ഥലങ്ങളിൽ, സൊസൈറ്റിയുടെ മേൽനോട്ടത്തിൽ ഇത്തരം ക്യാമ്പുകൾ, ജ്യോതിസ് കേന്ദ്രങ്ങളുടെ സേവനം ഉപയോഗപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടും മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിച്ചുകൊണ്ടും സംഘടിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്. ഒരു ക്യാമ്പിന് സംഘാടന ചെലവും ഡോക്ടർമാരുടെ യാത്രാപ്പടി ചെലവും കൂടി പരമാവധി 2000 രൂപ വിനിയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകളും നഗരഭരണസ്ഥാപനങ്ങളും മാത്രമേ ഇപ്രകാരമുള്ള ക്യാമ്പുകൾ നടത്തേണ്ടതുള്ളൂ.

3. ചികിത്സ, പരിചരണം

i) എല്ലാ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും, തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട ജില്ലാ ആശുപത്രികളിലും, ജനറൽ ആശുപത്രികളിലും, താലൂക്ക് ആശുപത്രികളിലും ചികിത്സയ്ക്കും പരിശോധനയ്ക്കും കൗൺസിലിങ്ങിനും ആവശ്യമായ സൗകര്യങ്ങൾ ലഭ്യമാണ്. വിശദാംശങ്ങൾ അനുബന്ധമായി നൽകിയിട്ടുണ്ട്. എന്നാൽ പല കാരണങ്ങളാൽ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതർ, കൂടുതൽ അണുബാധാ സാധ്യതയുള്ള വിഭാഗങ്ങളായിരുന്നിട്ടുകൂടി (HRG) ഈ സേവനങ്ങൾ/സൗകര്യങ്ങൾ വേണ്ടവിധത്തിൽ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നില്ല. സാമ്പത്തിക ബുദ്ധിമുട്ടുകൊണ്ടോ, ശാരീരിക അവശതകൊണ്ടോ ഇത്തരം കേന്ദ്രങ്ങളിലേക്ക് പോകാൻ കഴിയാത്തവർക്ക് എ.ആർ.ടി. ഡോക്ടറുടെ/ മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ, തീരെ അവശതയില്ലാത്തതും, ബസ്സിലോ ട്രെയിനിലോ യാത്രചെയ്യാൻ കഴിയുന്നതുമായ രേഗികൾക്കും ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടെ ഒരാൾക്കും ബസ്/രണ്ടാം ക്ലാസ് ട്രെയിൻ ചാർജ്ജും രണ്ടുപേരുടേയും ഭക്ഷണത്തിനുള്ള ചെലവും (ഒരാൾക്ക് 100 രൂപ പ്രകാരം) നൽകാവുന്നതാണ്. ബസ്/ട്രെയിൻ യാത്ര ചെയ്യാൻ രോഗാവസ്ഥ

അനുവദിക്കാത്ത രോഗികളാണെങ്കിൽ എ.ആർ.ടി. ഡോക്ടറുടെയോ/മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെയോ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ, സൗജന്യ ആംബുലൻസ് സൗകര്യം ലഭിക്കാത്ത സാഹചര്യത്തിൽ ആംബുലൻസ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള വാഹനചെലവ് സർക്കാർ നിരക്കിന് വിധേയമായി വഹിക്കാവുന്നതാണ്. ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകളും നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും മാത്രമേ ഇക്കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യാവൂ.

ii) എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതർക്ക് ഉണ്ടാകാനിടയുള്ള അവസരജന്യ രോഗങ്ങൾക്ക് (Opportunistic Infections) ആവശ്യമായ മരുന്നുകളുടെ ലഭ്യത എല്ലാ പി.എച്ച്.സി..കളിലും/സി.എച്ച്.സി.കളിലും/താലൂക്ക് ആശുപത്രികളിലും ഉറപ്പുവരുത്തു ന്നതിനുള്ള നടപടികൾ ബന്ധപ്പെട്ട തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്. അവശ്യ മരുന്നുകളുടെ ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ട മരുന്നുകൾ മുഴുവൻ പേർക്കും വില കൂടിയ മരുന്നുകൾ ബി.പി.എൽ. വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ടവർക്കും സൗജന്യമായി നൽകാവുന്നതാണ്. എന്നാൽ അനിവാര്യമായ സാഹചര്യങ്ങളിൽ എ.ആർ.ടി ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ വില കൂടിയ ഈ മരുന്നുകൾ എ.പി.എൽ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട രോഗികൾക്കും സൗജന്യമായി നൽകാവുന്നതാണ്. ആരോഗ്യവകുപ്പു മുഖേന ആവശ്യമായ മരുന്നുകൾ ലഭിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ/മതിയായ അളവിൽ ലഭിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസറിൽ നിന്നും നോൺ അവൈലബിലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് വാങ്ങിയശേഷം കേരള മെഡിക്കൽ സർവ്വീസസ് കോർപ്പറേഷൻ ലിമിറ്റഡിൽ നിന്നും ബന്ധപ്പെട്ട തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനത്തിന് നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമം പാലിച്ചുകൊണ്ട് മരുന്ന് വാങ്ങാവുന്നതാണ്.

iii) എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധിതർക്ക് ഉഷസ്, ജ്യോതിസ്, സ്നേഹ, പുലരി, കമ്മ്യൂണിറ്റി കെയർ സെന്റർ എന്നീ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ ലഭിക്കുന്ന സൗജന്യ പരിശോധനകൾക്ക് പുറമെ അവസരജന്യ രോഗങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടുവരുന്ന ലാബ് പരിശോധനകൾക്ക് ചെലവ് ആവശ്യമായിവരുന്നതാണ്. എ.ആർ.ടി. ഡോക്ടറുടെ/സർക്കാർ മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ നിർദ്ദേശാനുസരണം നടത്തുന്ന ഇപ്രകാരമുള്ള ലാബ് പരിശോധനകൾക്ക് (സൗജന്യമായി ലഭ്യമായ പരിശോധനകൾക്കുപുറമെ) വരുന്ന ചെലവിനത്തിൽ രോഗികൾ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ നൽകുന്ന തുക എ.പി.എൽ./ബി.പി.എൽ. ഭേദമില്ലാതെ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകൾക്ക്/നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് റീഇംബേഴ്സ് ചെയ്ത് നൽകാവുന്നതാണ്.

iv) ദൈനംദിന കാര്യങ്ങൾക്ക് പരസഹായം ആവശ്യമായ രോഗികളുടെ പരിചരണരീതി അവരുടെ വീടുകളിൽ ചെന്ന് പഠിപ്പിച്ചുകൊടുക്കാനും ആവശ്യമായ തുടർ പരിചരണം (സാന്ത്വന ചികിത്സ) നൽകാനുമായി ഹോം കെയർ സംവിധാനം ഏർപ്പെടുത്താവുന്നതാണ് (ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകളും നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും മാത്രമേ ഇക്കാര്യം ചെയ്യാവൂ). പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട 2.11.09 ലെ 66373/ഡി.എ.1/2009/ തസ്വഭവ നമ്പർ സർക്കുലറിലെ ഖണ്ഡിക 4.3.(2), 4.3(3) എന്നിവയിലെ നിർദ്ദേശങ്ങൾക്ക് വിധേയമായിട്ടായിരിക്കണം ഹോം കെയർ നൽകേണ്ടത്.

v) രോഗികളെ ചികിത്സാകേന്ദ്രങ്ങളിൽ എത്തിക്കൽ, ആവശ്യമായ മരുന്നുകൾ ലഭ്യമാക്കൽ, ഹോം കെയർ എന്നിവയ്ക്ക് ഈ രംഗത്ത് സന്നദ്ധ പ്രവർത്തനം നടത്തുന്ന സംഘടനകളുടെ/സ്ഥാപനങ്ങളുടെ സേവനം തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയുടെയോ/ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെയോ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളും തേടാവുന്നതാണ്.

vi) ദൈനംദിന കാര്യങ്ങൾക്ക് പരസഹായം ആവശ്യമായ രോഗികളെ പരിചരിക്കാൻ നിൽക്കുന്ന കുടുംബത്തിലെ ഒരംഗത്തിന് സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷന്റെ ആശ്വാസ കിരണം പദ്ധതിമുഖേന സഹായം ലഭിക്കുന്നതാണ്. ഈ സഹായം എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുടെ കാര്യത്തിൽ സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷനിൽ നിന്നും ലഭ്യമാക്കാൻ വേണ്ട നടപടികൾ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

vii) അണുബാധയുടെ പ്രത്യാഘാതമായി അനാഥരായവരെ (infected and affected) മഹിളാ മന്ദിരങ്ങളിലോ അഗതി മന്ദിരങ്ങളിലോ പരിചരിക്കുന്നതിന് വേണ്ട സൗകര്യങ്ങൾ സാമൂഹ്യക്ഷേമ വകുപ്പുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഏർപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

4. പോഷകാഹാരം

i) എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധിതകർക്ക് പോഷകാഹാരം ലഭ്യമാക്കാവുന്നതാണ്. ജില്ലാ പഞ്ചായത്തുകളും നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും മാത്രമേ ഈ പ്രവർത്തനം ഏറ്റെടുക്കാവൂ. ഇതിന്റെ ഭാഗമായി എ.ആർ.ടി ഡോക്ടർ/മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ രോഗികളെ ഗർഭിണികൾ, CD4 കൗണ്ട് 350 ൽ താഴെയുള്ളവർ, 6 വയസ്സ് വരെയുള്ള കുട്ടികൾ, 65 വയസ്സിനു മുകളിലുള്ളവർ, മറ്റ് മുതിർന്നവർ എന്നിങ്ങനെ 5 വിഭാഗമായി തിരിച്ച് ഓരോ വിഭാഗത്തിനും നൽകേണ്ടതായ പോഷകാഹാര വസ്തുക്കൾ എന്തൊക്കെയെന്ന് നിശ്ചയിക്കണം. ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലെ സൂപ്രണ്ട്, ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ, ജില്ലാ സാമൂഹ്യക്ഷേമ ഓഫീസർ, ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിലേയും നഗരഭരണസ്ഥാപനങ്ങളിലേയും ആരോഗ്യ സ്റ്റാൻഡിംഗ് കമ്മിറ്റി ചെയർപേഴ്സൺ എന്നിവരടങ്ങിയ സമിതിയാണ് ഇക്കാര്യം നിശ്ചയിക്കേണ്ടത്. രോഗബാധിതനായ/ബാധിതയായ ഒരു വ്യക്തിക്ക് പ്രതിമാസം 250 രൂപ വരെ പോഷകാഹാര വസ്തുക്കൾ വാങ്ങി നൽകുന്നതിനായി വിനിയോഗിക്കാം. പോഷകാഹാരവസ്തുക്കൾ സർക്കാർ പൊതുവിതരണ കേന്ദ്രം, മാവേലി സ്റ്റോർ, ലാഭം മാർക്കറ്റ് എന്നിവിടങ്ങളിൽ നിന്ന് മാത്രമേ വാങ്ങാവൂ. വസ്തുക്കൾ കിറ്റുകളായി ഒരു കേന്ദ്രത്തിൽ വച്ചോ ആവശ്യമെങ്കിൽ ഒന്നിലധികം കേന്ദ്രങ്ങളിൽ വച്ചോ വിതരണം ചെയ്യണം. വിതരണം നടത്തുന്നതിനായി അണുബാധിതരുടെ ജില്ലാതല കൂട്ടായ്മയായ പ്രത്യാശാ കേന്ദ്രത്തിന്റേയും എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുടെ സംഘടനകളുടേയും സഹായം തേടാവുന്നതാണ്. പോഷകാഹാര വിതരണം നടത്തുന്നതിനുള്ള പ്രോജക്ട്, ജില്ലാ പഞ്ചായത്തുകളിൽ എല്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസറും (അലോപ്പതി) നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നഗരസഭയുടെ നിയന്ത്രണത്തിലുള്ള അലോപ്പതി ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിലെ മെഡിക്കൽ ഓഫീസറും നിർവ്വഹണം നടത്തേണ്ടതാണ്. ഇതുകൂടാതെ സിവിൽ സൊസൈറ്റിയുടെ സഹായത്തോടെയും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് അധിക പോഷകാഹാര വിതരണവും അനുബന്ധ പ്രവർത്തനങ്ങളും നടപ്പിലാക്കാവുന്നതാണ്. സർക്കാരിന്റെ വകുപ്പുകളിൽ നിന്നോ സർക്കാർ ഏജൻസികളിൽ നിന്നോ പോഷകാഹാരം ലഭിക്കുന്നവർ മേൽപറഞ്ഞ പ്രകാരം പോഷകാഹാരം ലഭിക്കാൻ അർഹരായിരിക്കുന്നതല്ല.

ii) അന്നപൂർണ്ണ/അന്ത്യോദയ അന്നയോജന പദ്ധതികൾ പ്രകാരം ഭക്ഷ്യധാന്യം ലഭിക്കാൻ അർഹതയുള്ള എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധിതരുള്ള കുടുംബങ്ങൾക്ക് ആ പദ്ധതികൾ പ്രകാരം ഭക്ഷ്യധാന്യം ലഭിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ അത് ലഭിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ നടപടികൾ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനം കൈക്കൊള്ളേണ്ടതാണ്.

iii) അംഗൻവാടി മുഖാന്തിരം നൽകുന്ന പൂരകപോഷകാഹാര വിതരണം (03 പ്രായപരിധി) എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരായ അമ്മമാരുടെ കുട്ടികൾക്ക് (മുലപ്പാൽ ലഭ്യമാകാത്ത ഇത്തരം കുട്ടികൾക്ക്) പ്രത്യേക ശ്രദ്ധയോടെ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്.

5. സാമൂഹ്യ-മാനസിക ആവശ്യങ്ങൾ നിറേവറ്റൽ

എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധിതരായി ജീവിക്കുന്നവരുടെ (PLHIV) കൂട്ടായ്മകളിലൂടേയും ഏകോപനത്തിലൂടേയും അവരുടെ ശേഷി വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ ഉറപ്പാക്കുന്ന നടപടികളിലൂടേയും അവരുടെ സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത സംഘടനകൾ (CBO) പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിലൂടേയും അവരുടെ വിപുലമായ ഇടപെടൽ/ഉൾച്ചേരൽ ഉറപ്പാക്കാൻ കഴിയുന്നതായിരിക്കും. ഇതിനായി താഴെ പറയുന്ന നടപടികൾ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകൾക്കും നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

i) കുടുംബശ്രീയുടെ നേതൃത്വത്തിൽ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുടെ (പുരുഷന്മാരും കുട്ടികളും ഉൾപ്പെടെയുള്ളവരുടെ) സംഘങ്ങൾ അനുയോജ്യമായ തലത്തിൽ (ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്/ബ്ലോക്ക് പഞ്ചായത്ത്/ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത്) രൂപീകരിക്കുക. ഇതിന് ജില്ലാതലത്തിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന പ്രത്യാശ കേന്ദ്രങ്ങളുടെയും ജില്ലാ കുടുംബശ്രീ മിഷന്റെയും സഹായം തേടാവുന്നതാണ്.

ii) എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരായ സ്ത്രീകൾ, കുട്ടികൾ, ലൈംഗിക തൊഴിലിലേർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന സ്ത്രീകൾ, അവരുടെ കുട്ടികൾ എന്നിവരോടുള്ള ഗാർഹികവും സമൂഹികവുമായ അവഗണന, വിവേചനം,

അവർക്കെതിരെയുള്ള അതിക്രമങ്ങൾ എന്നിവ പഞ്ചായത്ത്തല/മുനിസിപ്പൽതല/കോർപ്പറേഷൻതല ജാഗ്രതാസമിതി പരിശോധിക്കുകയും അവ പരിഹരിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുകയും ചെയ്യുക.

iii) സാമൂഹ്യക്ഷേമ വകുപ്പ് ഹയർ സെക്കണ്ടറി സ്കൂളുകളിലേക്ക് നിയോഗിച്ചിട്ടുള്ള കൗൺസിലർമാരുടെ സേവനം ഉപയോഗപ്പെടുത്തി അണുബാധിതർക്കും അവരുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കും കൗൺസിലിംഗ് നൽകുക.

iv) കുടുംബത്തിന്റെ ഏക വരുമാനദാതാവായ കുടുംബനാഥന്/കുടുംബനാഥക്ക് എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധമൂലം തൊഴിൽ ചെയ്യാൻ കഴിയില്ല എന്ന് എ.ആർ.ടി. സെന്ററിലെ/ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലെ/താലൂക്ക് ആശുപത്രിയിലെ ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയാൽ ആ കുടുംബ നാഥന്റെ/കുടുംബനാഥയുടെ വിദ്യാർത്ഥികളായ മക്കൾക്ക് (ശാരീരിക-മാനസിക-വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്ന കുട്ടികൾക്ക് നൽകുന്ന ധനസഹായത്തിന് സമാനമായ രീതിയിൽ) താഴെ പറയും പ്രകാരം ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകൾക്ക്/നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് പ്രതിമാസ സ്കോളർഷിപ്പ് നൽകാവുന്നതാണ്.

ക്രമ നമ്പർ	സ്റ്റാൻഡേർഡ്/ക്ലാസ്സ്	സ്കോളർഷിപ്പ് (രൂപ)	
		ഡെസ്കോളർ	ഹോസ്റ്റലർ
1.	നഴ്സറി - 4	200	
2.	5 - 8	300	
3.	9 – +2	400	600
4.	ബിരുദം/വൊക്കേഷണൽ പരിശീലനം	500	800
5.	ബിരുദാനന്തര ബിരുദം	750	1000

കുടുംബം താമസിക്കുന്ന ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിൽ/നഗരസഭയിൽ നിന്നാണ് ഈ ധനസഹായം നൽകേണ്ടത്. ധനസഹായം വിതരണം ചെയ്യേണ്ട ചുമതല മെഡിക്കൽ ഓഫീസറെ ഏൽപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. വിദ്യാർത്ഥിയാണെന്നുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് കുട്ടി പഠിക്കുന്ന സ്ഥാപന മേധാവിയിൽ നിന്ന് വാങ്ങി മെഡിക്കൽ ഓഫീസർക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.

ശാരീരിക-മാനസിക വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്ന വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന സ്കോളർഷിപ്പ് ലഭിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് മേൽപറഞ്ഞ സ്കോളർഷിപ്പിന് അർഹത ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.

v) എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുടെ സംഘടനയിലെ അംഗങ്ങളേയോ ഈ മേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന സന്നദ്ധ സംഘടനകളേയോ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനത്തിന്റെ വർക്കിംഗ് ഗ്രൂപ്പിൽ (പ്രത്യേകമായും സാമൂഹ്യസുരക്ഷ, ആരോഗ്യം) ഉൾപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്. ഇതിലൂടെ എച്ച്.ഐ.വി./എയ്ഡ്സ് പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ മുഖ്യധാരാവൽക്കരണത്തിന് കൂടുതൽ ഫലവത്തായ വിദഗ്ദ്ധ ഇടപെടൽ ഉണ്ടാകാനുള്ള അവസരം ലഭ്യമാകുന്നതാണ്.

vi) തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്ന് വിവിധ സേവനങ്ങളും, സാമൂഹ്യക്ഷേമ പദ്ധതികളും, അടിസ്ഥാനാവശ്യങ്ങൾക്കുള്ള സൗകര്യങ്ങളും (ഭവനനിർമ്മാണം, കുടിവെള്ളം, ആരോഗ്യരക്ഷാ നടപടികൾ) ലഭ്യമാകുന്നതിന് തെരഞ്ഞെടുപ്പ് തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്, റേഷൻ കാർഡ് എന്നിവ ആവശ്യമാണ്. ആയതിനാൽ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതർ/ഹൈ റിസ്ക് ഗ്രൂപ്പിൽപ്പെട്ടവർ എന്നിവർക്കും അവരുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കും തെരഞ്ഞെടുപ്പ് തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്, റേഷൻ കാർഡ് തുടങ്ങിയ അടിസ്ഥാന സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ ഉപാധികൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനം മുൻകൈയ്യെടുക്കേണ്ടതാണ്.

6. ക്ഷേമപരിപാടികൾ

i) തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിലൂടെ നൽകിവരുന്ന സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ പദ്ധതികളുടെ (ക്ഷേമപെൻഷനുകൾ, തൊഴിലില്ലായ്മാവേതനം മുതലായവ) മാനദണ്ഡങ്ങൾ പ്രകാരം

അർഹതയുള്ളവരും എന്നാൽ ഈ പദ്ധതികളുടെ സഹായം ലഭിക്കാത്തവരുമായ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതർക്ക് അവ ലഭ്യമാക്കാൻ നടപടി സ്വീകരിക്കണം.

ii) അവിവാഹിതരായ അമ്മമാർക്ക് സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ നൽകുന്ന പ്രതിമാസ 300 രൂപ ധനസഹായം ലഭിക്കാൻ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരായ അമ്മമാർക്കും അർഹതയുണ്ട്. ഈ ധനസഹായം ലഭ്യമാക്കാൻ വേണ്ട നടപടികൾ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനം സ്വീകരിക്കണം. അതുപോലെ എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരായ സ്ത്രീകൾ, 60 വയസ്സ് കഴിഞ്ഞ ലൈംഗിക തൊഴിലാളികളായ സ്ത്രീകൾ എന്നിവർക്ക് പ്രതിമാസം 300 രൂപ വീതം ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്/ നഗരഭരണ സ്ഥാപനത്തിന് ധനസഹായം നൽകാവുന്നതാണ്.

iii) പ്രത്യേക സഹായം അർഹിക്കുന്ന എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതർക്ക്/അവരുടെ കുടുംബങ്ങൾക്ക് തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനത്തിന്റെ ദുരിതാശ്വാസനിധിയിൽ നിന്ന് അർഹമായ ധനസഹായം നൽകണം.

iv) എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുടേയോ/ഹൈ റിസ്ക് ഗ്രൂപ്പിൽപ്പെട്ടവരുടേയോ, അവരുടെ ആശ്രിതരുടേയോ അർഹിക്കുന്ന കുടുംബങ്ങൾക്ക് മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസനിധിയിൽ നിന്ന് സഹായം ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് വേണ്ട നടപടികൾ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനം സ്വീകരിക്കണം.

v) ആശ്രയ പദ്ധതിയുടെ അർഹതാമാനദണ്ഡങ്ങൾ പ്രകാരം ആശ്രയ പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടാൻ അർഹതയുള്ള കുടുംബങ്ങളെ അതിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി ആ പദ്ധതി പ്രകാരം നൽകാൻ കഴിയുന്ന എല്ലാ സഹായങ്ങളും ലഭ്യമാക്കണം.

vi) സഹായം ചെയ്യാൻ തല്പരരായ മഹത്വ്യക്തികളെ/സ്ഥാപനങ്ങളെ/സംഘടനകളെ കണ്ടെത്തി, എച്ച്.ഐ.വി. അണുബാധമൂലം സാമ്പത്തികമായി തകർന്ന കുടുംബങ്ങളെ സഹായിക്കാൻ ആവശ്യമായ നടപടികൾ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ കൈക്കൊള്ളണം.

7. അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ

ബി.പി.എൽ. ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെടാൻ അർഹതയുള്ള എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുള്ള എല്ലാ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കും വീട്, കക്കൂസ്, വൈദ്യുതി എന്നിവയും കുടിവെള്ള സൗകര്യവും ലഭ്യമാക്കണം. ഇ.എം.എസ്. പാർപ്പിട പദ്ധതിയുടെ ഗുണഭോക്താക്കളെ കണ്ടെത്തുന്നതിന് പരിശോധന നടത്തുന്ന രീതിയിൽ രണ്ട് ഉദ്യോഗസ്ഥർ പരിശോധന നടത്തി അർഹരാണെന്ന് കണ്ടെത്തുന്നവർക്ക് മേൽപറഞ്ഞ അടിസ്ഥാനാവശ്യങ്ങൾക്ക് അനുവദിക്കപ്പെട്ട നിരക്കുകൾ പ്രകാരം സാമ്പത്തിക സഹായം നൽകാവുന്നതാണ്.

8. സാമ്പത്തിക വികസന പ്രവർത്തനങ്ങൾ

എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരായവർ/ഹൈ റിസ്ക് ഗ്രൂപ്പിൽപ്പെട്ടവർ എന്നിവരിൽ തൊഴിലെടുക്കാൻ ശേഷിയുള്ളവർക്കും, എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരുടെ മക്കൾ തൊഴിലന്വേഷകരാണെങ്കിൽ അവർക്കും സ്വയംതൊഴിൽ ആരംഭിക്കുന്നതിന് താഴെ പറയുന്ന നടപടികൾ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകൾക്കും നഗരഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും കൈക്കൊള്ളാവുന്നതാണ്.

i) എ.പി.എൽ-ബി.പി.എൽ. പരിഗണന കൂടാതെ തൊഴിൽ പരിശീലനം നൽകുക.

ii) എ.പി.എൽ.-ബി.പി.എൽ. പരിഗണന കൂടാതെ സ്വയംതൊഴിൽ സംരംഭം ആരംഭിക്കുന്നതിന് നിലവിലുള്ള മറ്റ് സബ്സിഡി മാനദണ്ഡങ്ങൾ പാലിച്ചുകൊണ്ട് സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭ്യമാക്കുക.

iii) കുടുംബശ്രീയുടെ ആഭിമുഖ്യത്തിൽ ഇപ്രകാരമുള്ളവരെ സംഘടിപ്പിച്ച് അയൽകൂട്ടങ്ങളും സ്വയം സഹായ സംഘങ്ങളും രൂപീകരിക്കുക. ഗ്രൂപ്പടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള തൊഴിൽ സംരംഭങ്ങൾ ആരംഭിക്കുന്നതിന് കുടുംബശ്രീയിൽ നിന്നും സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭ്യമാക്കുക.

iv) ലൈംഗിക തൊഴിലിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നവരെ സംഘടിപ്പിക്കുകയും ആവശ്യമെങ്കിൽ അവർക്ക് അനുയോജ്യമായ തൊഴിലുകൾ ലഭ്യമാക്കാൻ വേണ്ട നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുകയും ചെയ്യുക.

v) ഇപ്രകാരം സ്വയംതൊഴിലിൽ ഏർപ്പെടുന്നവർക്ക് ആവശ്യമായ പിന്തുണാസംവിധാനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുക

9. പരിശോധന-ചികിത്സാകേന്ദ്രങ്ങളിലെ സൗകര്യങ്ങൾ

താലൂക്ക്-ജില്ലാ ആശുപത്രികളോടനുബന്ധിച്ച് പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഉഷസ്, ജ്യോതിസ്, പുലരി, സ്നേഹ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ പരിശോധനകൾ നടത്തുന്നതിനാവശ്യമായ എല്ലാ ഉപകരണങ്ങളും മറ്റ് സജ്ജീകരണങ്ങളും ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാണ്. കൂടാതെ ഈ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ എത്തുന്നവർക്ക് ആവശ്യമായ എല്ലാ സൗകര്യങ്ങളും (ഇരിപ്പിടം, സ്വകാര്യതയുള്ള പരിശോധനാമുറി, കുടിവെള്ളം മുതലായവ) ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാണ്. ഇക്കാര്യങ്ങളിൽ കുറവുകളുണ്ടെങ്കിൽ ആവശ്യമാകുന്നപക്ഷം അത് പരിഹരിക്കാനാവശ്യമായ നടപടികൾ ബന്ധപ്പെട്ട തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

10. സേവനദാതാക്കൾക്കു വേണ്ട അനുബന്ധ സൗകര്യങ്ങൾ

കേരളത്തിൽ സൊസൈറ്റിയുടെ (KSCAS) 53 ഓളം സുരക്ഷാ പ്രോജക്ടുകൾ നടപ്പിലാക്കിവരുന്നുണ്ട്. ഇത്തരം പ്രോജക്ടുകൾക്കുള്ള അനുബന്ധ സൗകര്യങ്ങൾ (കൗൺസിലിംഗ് മുറി, പരിപാടികൾ നടത്തുന്നതിനുള്ള സൗകര്യങ്ങൾ) ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്/നഗരഭരണ സ്ഥാപനത്തിന് ഒരുക്കി കൊടുക്കാവുന്നതാണ്.

11. പൊതു നിർദ്ദേശങ്ങൾ

i) ഒരു ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിലോ നഗരഭരണ സ്ഥാപനത്തിലോ ഈ മാർഗ്ഗരേഖയിൽ പറഞ്ഞ പ്രകാരമുള്ള സേവനങ്ങൾ ലഭിക്കാൻ അർഹരായവർ ഉണ്ടെങ്കിൽ അവർക്ക് ഇതിൽ പറഞ്ഞ പ്രകാരമുള്ള സേവനങ്ങൾ നിർബന്ധമായും നൽകേണ്ടതാണ്. ആവശ്യമെങ്കിൽ അതിനായി പ്രോജക്ട് തയ്യാറാക്കി പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്.

ii) ഈ മാർഗ്ഗരേഖയിൽ നിർദ്ദേശിച്ച പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് വേണ്ടിവരുന്ന തുക വികസന ഫണ്ടിൽ നിന്നോ തനത് ഫണ്ടിൽ നിന്നോ കണ്ടെത്താവുന്നതാണ്.

iii) എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതരെന്ന് പരസ്യമായി പ്രഖ്യാപിച്ചുകൊണ്ട് ഗുണഭോക്തൃ തിരഞ്ഞെടുപ്പ് നടത്തുകയോ, ആനുകൂല്യവിതരണം നടത്തുകയോ ചെയ്യാൻ പാടില്ല. പ്രത്യേക പരിഗണന അർഹിക്കുന്നവർ എന്ന വിഭാഗത്തിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി ഗുണഭോക്തൃ തിരഞ്ഞെടുപ്പ് നടപടികൾ പൂർത്തീകരിക്കേണ്ടതാണ്. എ.ആർ.ടി. കേന്ദ്രത്തിലെ/ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലെ/താലൂക്ക് ആശുപത്രിയിലെ ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്ടർ നൽകുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് എച്ച്.ഐ.വി. ബാധിതനാണെന്നതിനുള്ള തെളിവായി കണക്കാക്കി ആനുകൂല്യങ്ങൾ നൽകാവുന്നതാണ്. പരസ്യപ്രചരണം നൽകിയോ പൊതുവേദിയിൽ നടത്തുന്ന ചടങ്ങിൽ വച്ചോ ഈ ആനുകൂല്യങ്ങൾ വിതരണം ചെയ്യരുത്.

iv) എച്ച്.ഐ.വി ബാധിതർ, അവരുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾ എന്നിവരെപ്പോലെ തന്നെ പരിഗണിക്കപ്പെടേണ്ടവരാണ് എച്ച്.ഐ.വി ബാധിക്കാൻ ഏറ്റവും സാധ്യതയുള്ള വിഭാഗങ്ങളായ (High Risk Behaviour Groups) ലൈംഗിക തൊഴിലാളികൾ (സ്ത്രീ/പുരുഷൻ), മയക്കുമരുന്ന് കുത്തിവെക്കുന്നവർ, കുടിയേറ്റ തൊഴിലാളികൾ, കൂടുതൽ തവണ രക്തം സ്വീകരിക്കേണ്ടി വരുന്ന ജനിതക വൈകല്യമുള്ളവരും രോഗികളുമായവർ, ഹിജഡകൾ മുതലായവർ. ഈ മാർഗരേഖ പ്രകാരം അർഹമായ സേവനങ്ങൾ ഈ വിഭാഗങ്ങൾക്കും ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്.

v) തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്ന എച്ച്.ഐ.വി./എയ്ഡ്സ് ബോധവൽക്കരണ ക്ലാസ്സുകളിൽ അണുബാധിതരുടെ അനുഭവ വിവരണവും ഉൾക്കൊള്ളിക്കേണ്ടതാണ്.

vi) ഈ മാർഗ്ഗരേഖ പ്രകാരം തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനതലത്തിൽ നടത്തേണ്ട എല്ലാ പ്രവർത്തനങ്ങളും നിർദ്ദേശിക്കുന്നതിനും ഏറ്റെടുത്ത പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ നിർവ്വഹണ മേൽനോട്ടം വഹിക്കുന്നതിനും താഴെ പറയും പ്രകാരം ഒരു കമ്മിറ്റി രൂപീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

ചെയർപേഴ്സൺ	തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിന്റെ അദ്ധ്യക്ഷൻ
വൈസ് ചെയർപേഴ്സൺ	1. ആരോഗ്യ-വിദ്യാഭ്യാസ സ്റ്റാൻഡിംഗ് കമ്മിറ്റി ചെയർപേഴ്സൺ2. ക്ഷേമകാര്യ സ്റ്റാൻഡിംഗ് കമ്മിറ്റി ചെയർപേഴ്സൺ
കൺവീനർ	മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ, പി.എച്ച്.സി./സി.എച്ച്.സി./ താലൂക്ക് ആശുപത്രി/ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ
ജോയിന്റ് കൺവീനർമാർ	1. തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിന്റെ സെക്രട്ടറി
	2. ഐ.സി.ഡി.എസ് സൂപ്പർവൈസർ/സി.ഡി.പി.ഒ./എ.സി.ഡി.പി.ഒ./ ജില്ലാ സാമൂഹ്യക്ഷേമ ഓഫീസർ
	3. സി.ഡി.എസ്.ചെയർപേഴ്സൺ
	4. KSACS നിർദ്ദേശിക്കുന്ന ഒരു വ്യക്തി
അംഗങ്ങൾ	ഈ രംഗത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്ന രണ്ട് സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകർ (ഒരാൾ എച്ച്.ഐ.വി പോസിറ്റീവ് ആയ വ്യക്തിയായിരിക്കണം)

vii) കേരള സ്റ്റേറ്റ് എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയുടേയോ സൊസൈറ്റിയുടെ സപ്പോർട്ടിംഗ് ഏജൻസികളുടേയോ മേൽനോട്ടത്തിലും നിർദ്ദേശങ്ങൾക്ക് അനുസൃതമായും മാത്രമേ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യുവാനും നടപ്പിലാക്കുവാനും പാടുള്ളു. ആവശ്യമായ എല്ലാ സഹായങ്ങളും എയ്ഡ്സ് കൺട്രോൾ സൊസൈറ്റിയും സപ്പോർട്ടിംഗ് ഏജൻസികളും നൽകുന്നതാണ്.

12. മോണിറ്ററിംഗ്

i) ഈ മാർഗ്ഗരേഖ പ്രകാരം നിർദ്ദേശിച്ച പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ അതാത് തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനതല മോണിറ്ററിംഗ് ചുമതല മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച കമ്മിറ്റിക്കായിരിക്കും. കമ്മിറ്റി മാസത്തിലൊരിക്കൽ യോഗം ചേർന്ന് പ്രവർത്തനങ്ങൾ വിലയിരുത്തേണ്ടതാണ്.

ii) ഈ മാർഗരേഖ പ്രകാരം നിർദ്ദേശിച്ച പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ജില്ലാതല മോണിറ്ററിംഗ് ജില്ലാ ആസൂത്രണ സമിതി നടത്തേണ്ടതാണ്. അതിനായി താഴെപ്പറയും പ്രകാരമുള്ള ഒരു ജില്ലാതല കമ്മറ്റി രൂപീകരിക്കേണ്ടതും പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ പ്രതിമാസ വിലയിരുത്തൽ നടത്തേണ്ടതുമാണ്.

ചെയർപേഴ്സൺ	ജില്ലാ ആസൂത്രണ സമിതി ചെയർപേഴ്സൺ
വൈസ് ചെയർപേഴ്സൺ	ജില്ലാ ആസൂത്രണ സമിതി അംഗമായിട്ടുള്ള ഒരു നഗരഭരണ സ്ഥാപന ജന പ്രതിനിധി
കൺവീനർ	ജില്ലാ കളക്ടർ
ജോയിന്റ് കൺവീനർ	ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ (അലോപ്പതി)
അംഗങ്ങൾ	1. ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ (ആയുർവേദം)
	2. ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ (ഹോമിയോപ്പതി)
	3. സൂപ്രണ്ട്, ജില്ലാ ആശുപത്രി (അലോപ്പതി)
	4. ജില്ലാ സാമൂഹ്യക്ഷേമ ഓഫീസർ
	5. ഒരു KSACS പ്രതിനിധി
ക്ഷണിതാക്കൾ	1. പ്രത്യാശാ കേന്ദ്രത്തിന്റെ ഒരു പ്രതിനിധി
	2. KSACS പങ്കാളിത്തത്തോടെ പ്രോജക്ട് നടപ്പിലാക്കുന്ന ഒരു അനൗദ്യോഗിക സംഘടനയുടെ പ്രതിനിധി
	3. എച്ച്.ഐ.വി. പോസിറ്റീവ് ആയ ഒരു പുരുഷൻ, ഒരു സ്ത്രീ.