

सोनमा गाँउपालिका
गाँउ कार्यपालिकाको कार्यालय
सोनमा, महोत्तरी

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी, मुटु रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघातका
विरामीलाई औषधी उपचार बापत यातायात खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८०

सोनमा

कार्यालयबाट स्वीकृत मिति:- २०८१/०८/०४



स्थानीय सरकार
सोनमा गाँउपालिका

गाँउ कार्यपालिकाको कार्यालय

सोनमा, महोत्तरी
मधेश प्रदेश, नेपाल

स्थानीय राजपत्र

प्रकाशित मिति:- २०८२/११/१२.६ गते

कार्यक्रिमको नाम:- मृत्तुला प्रयोगशाला, डा. बालादत्त शर्मा
कान्छर टोली र प्रो. ए. ए. पण्डितका विद्यार्थीहरू
आर्थिक उपचार कप्त धातुगत अन्य उपलब्ध
गण्डने सम्बन्धी कार्यक्रिम, २०८०

आज्ञाले,

श्रीदेव यादव

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

Handwritten signature

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी, मुटु रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघातका विरामीलाई औषधी उपचार बापत यातायात खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८०

प्रस्तावना:- मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोग, मुटु रोग भएका र मेरुदण्ड पक्षाघात भएका विरामीको औषधी उपचार लामो समयसम्म गर्नुपर्ने र खर्चिलो हुने हुँदा विरामीलाई हुन जाने आर्थिक भार कम गर्न औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने नेपाल सरकारको निति कार्यव्यनका लागी जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७ को नियम २६ (१) मा भएको व्यवस्था बमोजिम लक्षित समूहका लागी दिईने स्वास्थ्य सेवा, सुविधा तथा प्रकृयालाई सरल र सहज बनाउन, सोनमा गाँउपालिकाको प्रशासनिक कार्यविधि नियमित गर्ने ऐन, २०७६ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी सोनमा गाँउपालिका गाँउ कार्यपालिकाले यो कार्यविधि जारी गरेको छ।

परिच्छेद-१ प्रारम्भिक

१. नाम र प्रारम्भ मृगौला प्रत्यारोपण यस कार्यविधिको नामः(१) डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी, मुटु रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघातका विरामीलाई औषधी उपचार बापत यातायात खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८० रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा-

(२.१) "मन्त्रालय भन्नाले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय सम्झनुपर्छ"।

(२.२) "लक्षित समूह" भन्नाले मृगौला प्रत्यारोपण गराएका डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोग, मुटु रोग, मेरुदण्ड पक्षाघातका रोग भन्ने बुझनुपर्छ।

(२.३) "लाभग्राही" भन्नाले लक्षित समूहमा परेका औषधी उपचार बापत यातायात खर्च बेहोर्ने नसक्ने गरिबको परिचय पत्र वितरण गरेको जिल्लाको हकमा सो परिचय पत्र वाला तथा गरिबको परिचय पत्र वितरण गरी नसकेका जिल्लाको हकमा विपन्न व्यक्ति वा स्थानिय तहबाट सिफारिस समिति गठन गरी पहिचान भएका विपन्न रहेको प्रमाणपत्र प्राप्त व्यक्ति समझनु पर्छ।

Handwritten signature

(२.४) "स्थानिय तह" भन्नाले सोनमा गाँउपालिका सम्झिनु पर्छ।

(२.५) "अध्यक्ष" भन्नाले सोनमा गाँउपालिकाको अध्यक्ष सम्झिनु पर्छ।

(२.६) "उपाध्यक्ष" भन्नाले सोनमा गाँउपालिकाको उपाध्यक्ष सम्झिनु पर्छ।

(२.७) "प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत" भन्नाले सोनमा गाँउपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत सम्झिनु पर्छ।

परिच्छेद-२

औषधी उपचार बापत यातायात खर्च प्राप्त गर्ने प्रकृया

३. निवेदन सम्बन्धी व्यवस्था:- यस कार्यविधि बमोजिम औषधी उपचार बापत यातायात खर्च पाउनका लागि राष्ट्रिय परिचय पत्र नम्बर वा नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि, अनुसुची-१ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस, मेरुदण्डको पक्षाघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धि प्राप्त गरेको रोतो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि सहित सम्बन्धित स्थानिय तहको वडा कार्यालयमा अनुसुचि-२ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ।

४. लाभग्राहीले पाउने औषधी उपचार बापत यातायात खर्च:- लाभग्राहीहरूले उपचार गराउन/फलो गराउन जाँदा खर्च लाग्ने यातायात खर्च रकम स्वरुप जनही एकमुस्त रु. ३०,०००/- (आक्षरेपी तिस हजार मात्र) स्थानिय तहले लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्नेछ। नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्शन प्राप्त गरिरहेका व्यक्ति लिए यस निर्देशिका बमोजिम मासिक वित्ति उपलब्ध गराउने छैन। त्यसैगरी यसै कार्यविधिमा उल्लेखित एकभन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तिले दोहोरो गर्ने गरी रकम भत्ता प्राप्त गर्ने छैन।

५. बजेट व्यवस्था:- स्थानिय तहले बजेट विनियोजन गर्दा उल्लेखित कामको लागि रकम छुट्याउनु पर्नेछ तर बजेट विनियोजन हुन नसक्दा बचत हुने जुनसुकै विषयबाट भुक्तानी गर्न बाधा पर्ने छैन। अनुसुची-३, अनुसारको ढाँचामा भुक्तानी भएको रकमको विवरण पेश गरेको आधारमा अर्ध-वार्षिक रुपमा शोधभर्ना गर्नेछ।

६. अभिलेख तथा प्रतिवेदन:- प्रत्येक वडा कार्यालयले औषधी उपचार बापत खर्च पाउने लाभग्राहीको अभिलेख अनुसुची-४, बमोजिम लक्षित समूह अनुसार अध्यावधिक गरी राख्नु पर्नेछ।

७. अनुगमण तथा निरीक्षण:- स्थानिय तहको स्वास्थ्य शाखाले उपचार खर्च सम्बन्धि कार्यको नियमित अनुगमन तथा निरीक्षण गर्न सक्नेछन्। नक्कली लाभग्राहीले सुविधा लिएको पाईएमा सम्बन्धित व्यक्ति र सिफारिसकर्ताबाट कानून बमोजिम रकम फिर्ता लिईनेछ र कानून बमोजिम कारवाही गरिनेछ।

८. समन्वय समिति:- (१) गाँउपालिकामा विरामीहरुको यातायात खर्च उपलब्ध गराउन गा.पा,अध्यक्ष वा गा.पा.उपाध्यक्षको संयोजकत्वमा,स्वास्थ्य शाखा प्रमुख,आर्थिक प्रशासन शाखा प्रमुख र प्रशासन शाखा प्रमुख रहने गरी एक समन्वय समिति रहनेछ।

(२) समितिमा आवश्यकता अनुसार जनप्रतिनिधि तथा कर्मचारीलाई आमन्त्रित गर्न सकिनेछ र बैठक बस्दा नियमानुसार बैठक भत्ता समेत प्राप्त गर्नेछ।

(३) समन्वय समितिले अनुसुची-१ बमोजिम पर्न आवेदन उपर छानविन तथा छलफल गरी रकम निकासको लागी सिफारिस गर्नुपर्ने छ।

९. लेखा परिक्षण:-औषधी उपचार खर्च वितरणको लेखा परिक्षण प्रचलित कानून बमोजिम गराउने जिम्मेवारी सम्बन्धित स्थानिय तहको हुनेछ।

१०. पारदर्शिता कायम गर्नुपर्ने:- स्थानिय तहले भुक्तानी गरेको रकम र बुझिलिने व्यक्तिको नामावली स्थानिय तहका कार्यालय,सम्बन्धित वडा कार्यालय र वेबसाइटमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ।

११. बाधा अड्काउ फुकाउने:- यो कार्यविधि कार्यन्वयनमा बाधा अड्काउ परेमा स्थानिय तहले बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ।

Jasvinder

Handwritten signature

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधी उपचार बापत यातायात खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:-

: विषय:-औषधी उपचार बापत यातायात खर्च पाँउ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री अध्यक्ष ज्यू,

सोनमा गाँउपालिका

सोनमा, महोत्तरी।

मधेश प्रदेश, नेपाल

उपरोक्त सम्बन्धमा सोनमा गाँउपालिका.....वडा नं.....गाँउ/टोल
स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता
प्रमाणपत्र नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं(१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा).....सम्पर्क
नं.भएको म मृगौला प्रत्यारोपण गरेका/डायलाइसिस गराइरहेका/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षाघात
निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी उपचार बापत यातायात खर्च
एकमुस्टरु.३०,०००/- (आक्षरेपी तिस हजार मात्र) का दरले खर्च पाँउ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश
भएको व्यहोरा ठिक साँचो हो, झुठो ठंहरै प्रचलित कानून बमोजिम सहँला वुझाउँला।

निवेदक:-

हस्ताक्षर:-.....

नाम थर:-

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.-

बैंक खाता नं.

बैंकको नाम, शाखा:-

सम्पर्क मोबाइल नं.

Handwritten signature