



## वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको स्थानीय राजपत्र

खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

### भाग-२

#### " सुनौलो १००० दिन कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि २०७९ "

**प्रस्तावना:-** गर्भवती महिलाहरूको नियमित तथा प्रोटोकल अनुसार गर्भावस्थाको जाँच, सुत्केरी अवस्था तथा सुत्केरी पछि प्रोटोकल अनुसार आमा र बच्चाको स्वास्थ्य जाँच, परामर्श, जोखिमहरूको अवस्था पहिचान, उपचार व्यवस्थाको लागि सुविधा सम्पन्न स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण, सामान्य स्वास्थ्य स्थिति, गर्भको सामान्य अवस्थामा नजिकको वर्थिङ्ग सेन्टरहरूमा प्रसुती हुन साथै जटिलता उत्पन्न भएमा यथासक्य छिटो प्रेषण सेन्टरमा पठाई आमा र बच्चाको जीवन सुरक्षा गर्न र परम्परागत रूपमा घरमा हुने असुरक्षित प्रसुती दरलाई शुन्य बनाउने, गर्भ देखि बच्चा २ वर्षसम्मको समयमा बच्चाको ८०% मानसिक विकास हुने भएकोले २ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउनको लागि कार्यक्रम सन्चालन गर्न वाञ्छनीय भएकोले प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने) ऐन, २०७७ को दफा ४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाले " सुनौलो १००० दिन कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०७९" जारी गरेको छ।

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:** (१) यस कार्यविधिको नाम "सुनौलो १००० दिन कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०७९" रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि कार्यपालिकाले पारित गरेपछि तुरुन्त लागु हुनेछ।

२. **परिभाषा:** बिषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,

(क) "गाउँपालिका" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकालाई सम्झनु पर्छ।

(ख) "कार्यपालिका" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको गाउँ कार्यपालिकालाई सम्झनु पर्दछ।

(ग) "अध्यक्ष" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको अध्यक्षलाई सम्झनु पर्छ।

(घ) "उपाध्यक्ष" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको उपाध्यक्षलाई सम्झनु पर्छ।

(ङ) "प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतलाई सम्झनु पर्छ।

(च) "स्वास्थ्य शाखा" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखालाई सम्झनु पर्छ।

(छ) "स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका क्षेत्र भित्र रहेको स्वास्थ्य चौकी, आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र सम्झनु पर्छ।

(ज) "वर्थिङ सेन्टर" भन्नाले गाउँपालिका भित्रको कागबेनी स्वास्थ्य चौकी, झोड स्वास्थ्य चौकी, झारकोट स्वास्थ्य चौकी, छुसाड स्वास्थ्य चौकी, फल्याक आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्र र नेपाल सरकारले तोकेको सुचिकृत वर्थिङ सेन्टरलाई जनाउनेछ ।

(झ) "संयोजक" भन्नाले दफा ५ बमोजिमको सञ्चालक समितिको संयोजक लाई सम्झनु पर्छ ।

(ञ) "नर्सिङ कर्मचारी" भन्नाले स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत सरकारी तथा करार सेवामा रहेका नर्सिङ

परिषद्दा दर्ता भएका स्टाफ नर्स, सि.अ.न.मी., अ.न.मी. लाई सम्झनु पर्छ ।

(ट) "स्वास्थ्यकर्मी" भन्नाले स्वास्थ्य संस्थामा नियमानुसार नियुक्ति भै कार्यरत रहेको ज.स्वा.नी, सि.अ.हे.व. अधिकृत, हे.अ., स्टाफनर्स, सि.अ.हे.व., सि.अ.न.मी., अ.हे.व. र अ.न.मी. लाई सम्झनु पर्छ ।

(ठ) "गर्भवती महिला" भन्नाले महिलाको पाठेघर वा गर्भाशयमा एक वा एक भन्दा बढि सन्तान भ्रूणको

रूपमा रहेको अवस्थालाई बुझ्नुपर्छ । सामान्यतया यो अवस्था नौ महिना वा चालिस हप्ता सम्म रहन

सकछ ।

(ड) "प्रसुती महिला" भन्नाले महिलाको पाठेघर वा गर्भाशयमा रहेको भ्रूण समय पुगेर सामान्य अवस्थामा

वा जटिल अवस्थामा कृत्रिम तरिकाले गर्भाशयबाट (जीवित वा मृत शिशु) बाहिर निस्कनु वा बाहिर

निकलेको अवस्थालाई जनाउनेछ तर २८ हप्ता भन्दा अधिको बच्चा जानु वा निकाल्नुलाई प्रसुति अवस्था भनिने छैन (२८-४० हप्ता सम्मको बच्चा जन्माउने महिला) ।

(ढ) "सुत्केरी अवस्था" भन्नाले बच्चा जन्माउने समय देखि ४२ दिन सम्मको अवधिलाई सुत्केरी अवस्था

सम्झनु पर्छ ।

(ण) "महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका" भन्नाले समुदायका आमा समुहले छनौट गरी स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिसमा परिवार कल्याण महाशाखामा सूचिकृत महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकालाई सम्झनु पर्छ ।

(त) "संचालक समिति" भन्नाले दफा ५ मा व्यवस्था भए बमोजिमका समिति सम्झनुपर्छ ।

(थ) "कार्यक्रम" भन्नाले पूर्ण संस्थागत सुत्केरी तथा सुनौलो हजार दिन कार्यक्रमलाई सम्झनुपर्छ ।

(द) "प्रोत्साहन रकम" भन्नाले सुत्केरी गराउने वर्थिङ सेन्टर र सुत्केरीमा संलग्न नर्सिङ कर्मचारीलाई

उपलब्ध गराउने तोकिएको रकमलाई जनाउनेछ ।

(ध) "यातायात खर्च" भन्नाले वर्थिङ सेन्टरसम्म प्रसुती हुन आए वापत यातायात वा मान्छेबाट डोको/चाम्दानी/स्ट्रेचर/गाडी आदिमा लिएर आए वापत सुत्केरी महिलालाई आर्थिक भार नपरोस भनेर दिईने तोकिएको रकम, प्रोटोकल अनुसार तेस्रो गर्भ जाँचको समयमा (८ महिना) घरभेट गर्ने नर्सिङ कर्मचारी र वर्थिङ सेन्टरसम्म सुत्केरी गराउन ल्याउने महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकालाई दिईने तोकिएको रकम सम्झनुपर्छ ।

(न) "पोषण उत्प्रेरणा रकम" भन्नाले प्रोटोकल अनुसार पहिलो पटक गर्भ जाँच (चौथो महिना), दोस्रो पटक गर्भ जाँच गरेको(छैटौँ महिना), तेस्रो पटक गर्भ जाँच गरेको (आठौँ महिना), चौथो पटक(नवौँ महिना) गर्भ जाँच गरी वर्थिङ सेन्टरमा सुत्केरी गर्ने, १५ महिनाको दादुरा रुबेला खोप लगाएको बच्चाको आमालाई दिईने र ०-२३ महिनाको बच्चालाई मासिक रूपमा वृद्धि अनुगमन गरेको आमालाई दिईने तोकिएको रकम सम्झनु पर्नेछ ।

(प) "सुनौलो हजार दिन" भन्नाले गर्भ रहे देखि बच्चा २ बर्षसम्मको आमा र बच्चालाई सम्झनुपर्छ ।

**३. कार्यक्रमको उद्देश्य:** यस कार्यक्रमको देहाय बमोजिम उद्देश्यहरु रहेका छन्

(१) नियमित गर्भ जाँच गराई आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सुदृढ बनाउने ।

(२) गर्भवती एवं प्रसुती र प्रसुती पश्चात हुन सक्ने जटिलता घटाउने ।

(३) स्वास्थ्य संस्थाको वर्थिङ्ग सेन्टर प्रसुती हुने दर बढाई परम्परागत रुपमा घरमा सुत्केरी हुने दरलाई शुन्य बनाउने ।

(४) सुनौलो हजार दिनका आमा र बच्चाको पोषण स्थिति सुधार ल्याउन कार्यक्रमहरु सन्चालन गर्ने ।

(५) वर्थिङ्ग सेन्टर संक्रमण रहित साथै साधन श्रोत सम्पन्न बनाउने र तालिम प्राप्त जनशक्तिको व्यवस्था गर्ने ।

(६) आर्थिक अभावका कारण अस्पताल वा प्रसुती केन्द्रमा प्रसुती हुन जान नसक्ने गर्भवती महिलाहरुलाई यातायात खर्च व्यवस्था गरि सहयोग गर्ने ।

(७) असुरक्षित गर्भपतनलाई निरुत्साहित गर्ने ।

(८) गाउँपालिकामा मातृ तथा शिशु मृत्यु दरलाई शुन्यमा झार्ने ।

(९) महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुलाई गर्भवती र नवजात शिशु प्रति थप उत्तरदायी बनाई उनीहरुलाई स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित प्रसुती हुन सहयोग गर्न अभिप्रेरित गर्ने ।

**४. कार्यक्रमको क्षेत्र:** (१) यो कार्यक्रम गाउँपालिका भित्र लागू हुनेछ ।

(२) यो कार्यक्रमको क्षेत्रले देहायका महिला र बच्चालाई जनाउने छ ।

(क) गर्भवती महिला

(ख) प्रसुती महिला

ग) सुत्केरी महिला

(घ) ०-२३ महिना सम्मका बच्चा

**५. सञ्चालक समिति सम्बन्धि व्यवस्था:** (१) कार्यक्रम संचालनको लागि देहाय बमोजिमको संचालक समिति गठन हुनेछ ।

(क) गाउँपालिका उपाध्यक्ष -सँयोजक

(ख) सामाजिक विकास समिति संयोजक -सदस्य

(ग) गाउँपालिका प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत:-सदस्य

(घ) संयोजकले तोकेको कार्यपालिकाको महिला सदस्य -सदस्य

(ङ) महिला बालबालिका तथा जेष्ठ नागरीक शाखाको प्रमुख -सदस्य

(च) गाउँपालिका अन्तरगत स्वास्थ्य संस्था बाट १ जना स्वास्थ्य संस्था प्रमुख:- सदस्य

(छ) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख वा सम्बन्धित कार्यक्रम हेर्ने नर्सिङ कर्मचारी -सदस्य सचिव

(२) माथि जुनसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि विभिन्न विषयमा आवश्यक छलफल गर्नुपर्ने आवश्यकता देखिएमा बैठकमा सम्बन्धित विज्ञलाई आमन्त्रित सदस्यको रूपमा राख्न सकिनेछ ।

**(६)सञ्चालक समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार:** सञ्चालक समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ:

(१) कार्यक्रमको आवश्यक नीति, योजना, बजेट तथा कार्यक्रम तर्जुमा गर्न कार्यपालिकालाई सुझाव प्रदान गर्ने ।

(२) स्वीकृत भएको नीति योजना तथा कार्यक्रम कार्यन्वयन गर्ने गराउने ।

(३) परम्परागत रूपमा घरमा हुने असुरक्षित प्रसुती दरलाई शुन्य बनाउन पहल गर्ने ।

(४) मातृ तथा शिशु मृत्युदरलाई घटाउन तथा पोषणमा सुधार ल्याउन सुनौलो हजार दिनका महिलालाई विभिन्न सचेतनामुलक कार्यक्रम गर्ने, गराउने ।

(५) कार्यक्रमको उद्देश्य अनुरूप कार्य गर्ने ।

**७. समितिको बैठक सम्बन्धि व्यवस्था समितिको बैठक सम्बन्धि व्यवस्था देहाय बमोजिम हुनेछ ।**

(१) समितिको बैठक कम्तीमा वर्षको ४ पटक र आवश्यकता अनुसार संयोजकले तोकेको मिति, समय र स्थानमा बस्नेछ ।

(२) कुल सदस्य संख्याको पचास प्रतिशत भन्दा बढी सदस्यहरु उपस्थिति भएमा समितिको बैठकको लागि

गणपुरक संख्या पुगेको मानिनेछ ।

(३) बैठक सम्बन्धि अन्य कार्यविधि समिति आफैले निर्धारित गरे बमोजिम हुनेछ ।

८. कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्ने इकाई र प्रक्रिया: (१) " सुनौलो १००० दिन कार्यक्रम" गाउँपालिकामा रहेको स्वास्थ्य शाखाद्वारा कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ ।

(२) गाउँपालिकाका स्वास्थ्य शाखा र स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सुनौलो हजार दिनका आमाहरुलाई आमा सुरक्षा

तथा पोषण सम्बन्धी अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गर्ने ।

(३) सबै स्वास्थ्य संस्थाका स्वास्थ्यकर्मी र महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाहरुबाट आफ्नो क्षेत्रमा रहेका गर्भवती महिलाहरुको संख्या यकिन तथा तथ्याङ्क संकलन गर्न लगाउने ।

(४) संकलित तथ्याङ्कको आधारमा स्वास्थ्य संस्थाले सुनौलो हजार दिनका आमा र बच्चाहरुको तथ्याङ्क

अध्यावधिक गरि राख्ने ।

(५) गर्भवतीहरुलाई गर्भावस्थामा देखा पर्न सक्ने खतराका चिन्हहरु र व्यवस्थापनका उपायहरु सिकाउने

साथै जटिलता उपचारको लागि उपयुक्त स्वास्थ्य संस्थामा जान उत्प्रेरित गर्ने ।

(६) गर्भवतीहरुलाई प्रसुती पुर्व तयारीका लागि आवश्यक आर्थिक श्रोत, कपडा, यातायातको व्यवस्था, बर्थिङ

सेन्टर र स्वास्थ्यकर्मीको बारेमा बताउने र तयारीमा राख सुझाउने तथा टिपोट गराउने ।

(७) गर्भवतीहरुलाई नेपाल सरकार र गाउँपालिकाबाट उपलब्ध गराउने गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च र सुत्केरी

यातायात खर्च सहित पोषण खर्चबारे जानकारी दिने ।

(८) गर्भवतीहरुलाई घरमा प्रसुती हुँदा हुन सक्ने गम्भिर खतराहरुको बारेमा जानकारी दिने ।

(९) प्रसुती केन्द्रमा आवश्यक स्वास्थ्यकर्मीको साथै नेपाल सरकारको स्वास्थ्य नीति अनुसार प्रसुती केन्द्रको

लागि निर्धारण गरेको अनुसूचीमा उल्लेख भए बमोजिम नपुग औजार उपकरणको व्यवस्था गर्ने ।

(१०) सुचिकृत बर्थिङ सेन्टरमा प्रसुती भएका महिलाले (गाउँपालिका अन्तरगतका स्वास्थ्य चौकीमा रहेका बर्थिङ्ग सेन्टर बाहेक अन्यत्र प्रसुति भएको भए अस्पतालले जारी गरेको जन्म प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि प्रमाण स्वरुप पेश गर्नु पर्ने)

(11) गर्भवती महिलाहरुलाई निःशुल्क रुपमा कागबेनी स्वास्थ्य चौकी द्वारा भिडियो एक्स-रे सेवा प्रदान गरिनेछ ।

(12) गर्भवति महिलाहरुलाई निःशुल्क रुपमा कागबेनी स्वास्थ्य चौकी स्थित ल्याब बाट अत्यावश्यक परिक्षण(Hb, Blood Grouping, RBS, VDRL, HIV, HbsAg, Urine R/E) निःशुल्क गराइने छ ।

(१३) वर्धेड सेन्टरमा प्रसुती हुने महिलाहरुले नेपाल सरकार आमा सुरक्षा कार्यक्रम शिर्षकबाट प्राप्त हुने गर्भवती उत्प्रेरणा र प्रसुती सेवा यातायात बापतको रकम बाहेक गाउँपालिकाले उपलब्ध गराउने पोषण उत्प्रेरणा रकम प्रोटोकल अनुसार पहिलो पटक (चौथो महिना), दोस्रो पटक (छैठौं महिना), तेस्रो पटक (आठौं महिना) मा गाउँपालिका अन्तरगत रहेका स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गराएमा गर्भ जाँच गर्ने महिलाले क्रमशः रु. ५००।-, रु. ५००।-, रु. ५००।- का दरले, ०-२३ महिनाको बच्चालाई मासिक रूपमा नियमित २३ महिनासम्म वृद्धि अनुगमन गरेको आमालाई एक भेटको रु. १००।- का दरले कुल भेट गणना गरी एकमुष्ट रूपमा कुल हुन आउने रकम, प्रोटोकल अनुसार चौथो पटक (नवौं महिना) को गर्भवति चेक सहित गाउँपालिका अन्तरगत रहेको वर्धेड सेन्टरमा सुत्केरी गराएमा सुत्केरी गराउने महिलाले सुत्केरी यातायात खर्च र पोषण उत्प्रेरणा खर्च बापत रु. ३०००।- र १५ महिनामा MR दोस्रो खोप गाउँपालिका अन्तरगतका स्वास्थ्य संस्थामा लगाएमा रु १०००।- का दरले अनुसूची १ बमोजिम फाराम भरी स्वास्थ्य संस्थामा पेश गरी गाउँपालिका मार्फत सुनौलो १००० दिन कार्यक्रमबाट प्राप्त गर्ने छन्।

(१४) गाउँपालिका अन्तर्गत रहेका वर्धेड सेन्टरमा सुत्केरी गराउने स्वास्थ्य संस्थालाई प्रोत्साहन रकम वापत रु २०००।- (रु. दुई हजार) र सुत्केरीमा संलग्न नर्सिङ कर्मचारीलाई प्रोत्साहन रकम वापत रु. १०००।- (एक हजार मात्र), प्रोटोकल अनुसार चौथो गर्भ जाँचको समयमा (९ महिनामा) घरभेट गर्ने नर्सिङ कर्मचारीलाई यातायात खर्च वापत रु. ५००।- (रु. पाँच सय), वर्धेड सेन्टरसम्म सुत्केरी गराउन ल्याउने महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकालाई यातायात खर्च वापत रु. ५००।- (रु. पाँच सय) प्राप्त गर्नको लागि सम्बन्धित स्वास्थ्य

संस्थाले अनुसूची -२, अनुसूची ४(१), अनुसूची ४(२), अनुसूची ४(३) बमोजिमको फारम भरी सञ्चालक समिति समक्ष पेश गर्नु पर्नेछ र सञ्चालक समितिले प्राप्त फारामहरु अध्ययन तथा रुजु गरी फाराम संख्याको आधारमा गाउँपालिकामा भुक्तानीको लागि सिफारिस गर्नेछ र गाउँपालिका मार्फत सुनौलो १००० दिन कार्यक्रमबाट उक्त रकम प्राप्त गर्ने छन्।

(१५) यस कार्यविधिको दफा ८ को उपदफा (१३) बमोजिमको यस कार्यक्रम मार्फत पाउनु पर्ने रकम अनुसूची -३ बमोजिमको भरपाई गरि गाउँपालिकाले उपलब्ध गराईनेछ ।

(१६) पोषण तथा सुत्केरी यातायात खर्च वापतको रकम गाउँपालिका भित्रका स्थानीय बासिन्दा र सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिसमा सेवा उपलब्ध गराईनेछ ।

**९. कोष सम्बन्धी व्यवस्था:** यस कार्यविधिमा उल्लेखित क्रियाकलाप कार्यान्वयन गाउँपालिकाको वार्षिक

बजेटबाट सञ्चालन गरिनेछ ।

**१०. अनुगमन तथा मुल्यांकन:** (१) कार्यक्रमको अनुगमन तथा मुल्यांकन सञ्चालक समितिले चौमासिक/ अर्धवार्षिक तथा वार्षिक रूपमा गर्नेछ ।

(२) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि आवश्यक परेको समयमा सञ्चालक समितिले कार्यक्रमको अनुगमन तथा मुल्यांकन गर्न सक्नेछ ।

**११. बाधा अड्काउ फुकाउने व्यवस्था:** यस कार्यक्रम कार्यान्वयन सम्बन्धी कुनै बाधा दुविधा परेमा सोको

व्याख्या गर्ने, बाधा अड्काउ फुकाउने अधिकार गाउँ कार्यपालिकामा निहित हुनेछ ।

१२. **संशोधन सम्बन्धी व्यवस्था:** यस कार्यविधिमा केही संशोधन गर्ने पर्ने देखिएमा संशोधन गर्ने अधिकार गाउँ कार्यपालिकामा निहित हुनेछ ।

१३. **प्रचलित कानून बमोजिम:** यस कार्यविधिमा उल्लेख भएको विषयको हकमा यसै कार्यविधि बमोजिम र अन्य कुराहरुको हकमा प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ ।

खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

अनुसूची - १

(दफा ८ को उपदफा (१३) संग सम्बन्धित)

वारागुङ मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

कागबेनी, मुस्ताङ

सुनौला हजार दिन कार्यक्रम

संस्थागत प्रसुती सेवाग्राही पोषण उत्प्रेरणा तथा यातायात खर्च रकम प्राप्त गर्न भरिने फाराम

स्वास्थ्य संस्थामा गर्भवती/प्रसूति हुने महिलाको नाम:-.....

ठेगाना:-.....फोन न:-.....

प्रसुती हुने महिलाले पहिलो पटक प्रोटोकल अनुसार गर्भ जाँच गरेको मिति:-.....

प्रसुती हुने महिलाले दोस्रो पटक प्रोटोकल अनुसार गर्भ जाँच गरेको मिति:-.....

प्रसुती हुने महिलाले तेस्रो पटक प्रोटोकल अनुसार गर्भ जाँच गरेको मिति:-.....

प्रसुती हुने महिलाले चौथो पटक प्रोटोकल अनुसार गर्भ जाँच गरेको मिति:-.....

स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुदा भर्ना भएको मिति:-.....

प्रसुती भएको मिति:-.....समय:-

नर्सिङ कर्मचारी को नाम:-.....प्रसुतिको किसिम:-.....

जटिलता केहि भए:-.....रेफर गरेको संस्था:-.....

पार्टो ग्राफ भरेको: छ / छैन

गर्भवती महिलालाई स्वास्थ्य संस्था सम्म पुर्याउन सहयोग गर्ने म.सा.स्वा.स्व.से.को नाम:-.....

१५ हिना(MR दोस्रो मात्रा) खोप लगाएको मिति:-.....

फोन न:-.....

०-२३ महिनाको बच्चाको मासिक रूपमा नियमित २३ महिनासम्म बृद्धि अनुगमन गरेको मिति:

० महिना	१ महिना	२ महिना	३ महिना	४ महिना	५ महिना	६ महिना	७ महिना	८ महिना	९ महिना

१० म.	११ म.	१२ म.	१३ म.	१४ म.	१५ म.	१६ म.	१७ म.	१८ म.	१९ म.

२० महिना	२१ महिना	२२ महिना	२३ महिना

नोट: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड, बाम स्वास्थ्य कार्ड, वर्थिङ सेन्टरको जन्म प्रमाण पत्र, नागरिकताको फोटोकपी, अस्थायी बसोबासको हकमा वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र ।

निवेदकको नाम:

प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको ईन्चार्ज:

दस्तखत:

दस्तखत:

मिति:

मिति

कार्यालय:-



खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

अनुसूची -२

(दफा ८ को उपदफा (१४) संग सम्बन्धित)

वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

कागबेनी, मुस्ताङ

सुनौला हजार दिन कार्यक्रम

संस्थागत प्रसूती सेवा प्रदायक प्रोत्साहन रकम प्राप्त गर्नको लागि सिफारिस फाराम

प्रसूति हुने महिलाको नाम:.....

ठेगाना:-.....फोन नं.

प्रसूति गराएको वर्थिङ सेन्टरको नाम:-.....

स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुदा भर्ना भएको मिति:-.....

प्रसूती भएको मिति:.....समय .....

नर्सिङ स्टाफको को नाम:..... प्रसूतिको किसिम:.....

प्रोटोकल अनुसार चौथो पटक गर्भ जाँच (९ महिना) मा घरभेट गर्न गएको

नर्सिङ कर्मचारीको नाम:.....पद: .....मिति:.....

जटिलता केहि भए:.....रेफर गरेको संस्था:.....

पार्टो ग्राफ भरेको: छ / छैन

वर्थिङ सेन्टरसम्म सुत्केरी गराउन ल्याउने महिला स्वयम् सेविकाको नाम:.....

ठेगाना:.....मो.नं.....

गर्भवती महिलालाई स्वास्थ्य संस्था सम्म पुर्याउन सहयोग गर्ने म.सा.स्वा.स्व.से.को नाम:.....

फोन नं.....

निवेदकको नाम: प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको ईन्चार्ज:

दस्तखत: दस्तखत:

मिति: मिति:

कार्यालयको छाप:

खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

अनुसूची-३

(दफा ८ को उपदफा १३ संग सम्बन्धीत)

वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयद्वारा संचालित सुनौको १००० दिन कार्यक्रम अन्तरगतको पोषण उत्प्रेरणा रकम/ संस्थागत प्रसुती यातायात खर्च बुझ्नेको भरपाई।

म.....गर्भवती/सुत्केरी महिलाले पोषण खर्च तथा यातायात खर्च .....स्वास्थ्य संस्था/.....बर्थिङ सेन्टरबाट सुरक्षित प्रसुती सेवा लिए बापत देहाय बमोजिमको रकम बुझि यो भरपाई गरी दियौं।

सुविधा विवरण	रकम रु	गर्भवती/सुत्केरी महिलाको ठेगाना र सम्पर्क नं	रकम बुझिलिनेको सही
प्रोटोकल अनुसार पहिलो पटक गर्भ जाँच(चौथो महिना) गर्दा उत्प्रेरणा रकम	रु.५००।-		
प्रोटोकल अनुसार दोस्रो पटक गर्भ जाँच(छैठौ महिना) गर्दा उत्प्रेरणा रकम	रु.५००।		
प्रोटोकल अनुसार तेस्रो पटक गर्भ जाँच(आठौ महिना) गर्दा उत्प्रेरणा रकम	रु.५००।		
प्रोटोकल अनुसार चौथो पटक(नवौ महिना)मा गर्भवति चेकजाँच सहित बर्थिङ सेन्टरमा सुत्केरी गरे बापतको यातायात तथा पोषण उत्प्रेरणा रकम	रु.३,०००।-		
०-२३ महिनाको बच्चालाई मासिक रुपमा नियमित २३ महिनासम्म बृद्धि अनुगमन गरेको आमालाई एक भेटको रु. १०० का दरले कुल भेट गठना गरी एकमुष्ट रुपमा कुल हुन आउने रकम			

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम:-

हस्ताक्षर:-

खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

अनुसूची-३

(दफा ८ को उपदफा १३ संग सम्बन्धीत)

वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयद्वारा संचालित सुनौको १००० दिन कार्यक्रम अन्तरगतको पोषण उत्प्रेरणा रकम/  
संस्थागत प्रसुती यातायात खर्च बुझ्नेको भरपाई ।

म .....बच्चाकी आमाले.....स्वास्थ्य संस्था  
MR दोस्रो खोप लगाए बापत देहाय बमोजिमको रकम बुझि यो भरपाई गरी दियो ।

सुविधा विवरण	रकम रू	MR दोस्रो खोप लगाउने बच्चाको आमाको नाम	रकम बुझिलिनेको सही
MR दोस्रो खोप लगाए बापत	रु.१०००।-		

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम:-

हस्ताक्षर:-

खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

अनुसूची-४(१)

(दफा ८ को उपदफा १४ संग सम्बन्धीत)

वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयद्वारा संचालित सुनौको १००० दिन कार्यक्रम अन्तरगतको पोषण उत्प्रेरणा रकम/ संस्थागत प्रसुती यातायात खर्च बुझ्नेको भरपाई ।

म.....पदकि.....ले .....स्वास्थ्य संस्थामा .....को सुत्केरी गराए बापतको प्रोत्साहन रकम/ प्रोटोकल अनुसार चौथो गर्भ जाँचको समयमा (९ महिनामा) घरभेट गरे वापतको रकम बुझि यो भरपाई गरी दियो ।

सुविधा विवरण	रकम रू	रकम बुझिलिनेको सही
स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराए बापत नर्सिङ कर्मचारीको प्रोत्साहन रकम	रु.१०००।-	
प्रोटोकल अनुसार चौथो गर्भ जाँचको समयमा (९ महिनामा) घरभेट गरे वापतको रकम	रु.५००।	

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम:-

हस्ताक्षर:-

खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

अनुसूची-४(२)

(दफा ८ को उपदफा १४ संग सम्बन्धीत)

वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयद्वारा संचालित सुनौको १००० दिन कार्यक्रम अन्तरगतको पोषण उत्प्रेरणा रकम/ संस्थागत प्रसुती यातायात खर्च बुझ्नेको भरपाई।

म.....गाउँमा कार्यरत महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयं सेविका.....ले  
.....सुत्केरी हुनका लागि ..... वर्थिङ्ग सेन्टरसम्म सुत्केरी गराउन  
ल्याउने महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयं सेविकालाई यातायात खर्च वापतको रकम बुझि यो भरपाई गरी दियौं।

सुविधा विवरण	रकम रु	रकम बुझिलिनेको सही
सुत्केरी गराउन ल्याउने महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयं सेविकालाई यातायात खर्च वापतको रकम	रु.500/-	

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम:-

हस्ताक्षर:-

खण्ड: ३

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ४

मिति: २०७९/०७/२५

अनुसूची-४(३)

(दफा ८ को उपदफा १४ संग सम्बन्धीत)

वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयद्वारा संचालित सुनौको १००० दिन कार्यक्रम अन्तरगतको संस्थागत प्रसुती गराए  
बापतको रकम भुक्तनीका लागी

गाउँपालिका अन्तरगत ..... वर्थिङ सेन्टरमा .....मितिका  
दिन.....को सुत्केरी गराए बापतको रकम भुक्तानी गरिदिनु हुन अनुरोध गर्दछु।

सुविधा विवरण	रकम रू	भुक्तनी दिनु पर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम
संस्थागत सुत्केरी गराएबापतको रकम	रु.2000 l-	

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम:-

हस्ताक्षर:-

आज्ञाले

जित बहादुर राना  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत