



# वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको स्थानीय राजपत्र

खण्ड: ४

कागबेनी, मुस्ताङ,

संख्या: ९

मिति: २०८०/११/१९

## भाग-२

वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका, मुस्ताङ

स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाबाट सर्वसाधारणको जानकारीका लागि यो राजपत्र प्रकाशन गरिएको छ ।

### स्वास्थ्य सम्बन्धी उपचार सहायता कार्यविधि, २०८०

कार्यपालिकाबाट स्वीकृत मिति: २०८० साल फाल्गुन १९ गते

**प्रस्तावना:** निरपेक्ष गरिबीको रेखामुनी रहेका अंग प्रत्यारोपण, दिर्ग रोगी, क्यान्सर, पक्षघात, अंगभंग, र आकस्मिक उपचार सेवा दिनुपर्ने विपन्न नागरिकहरूलाई उपचार सहायता प्रदान गरी दैनिक जीवनयापनमा सहयोग तथा पुर्नस्थापनाका लागि वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाबाट गरिने अतिविपन्न, गरीब, सर्वहारा वर्गका नागरिकहरूलाई आकस्मिक तथा दिर्गरोगको उपचारको लागी उपचार सहायता वितरण कार्यलाई नियमित, व्यवस्थित तथा पारदर्शी बनाउन वाञ्छनीय भएकोले, वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको स्वास्थ्य सम्बन्धी उपचार सहायता कार्यविधि, २०८० बनाई लागु गरेको छ ।

## परिच्छेद - १

### प्रारम्भिक

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:** (१) यस कार्यविधिको नाम "स्वास्थ्य सम्बन्धी उपचार सहायता कार्यविधि, २०८०" रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि गाउँ कार्यपालिकाबाट स्वीकृत भई स्थानीय कार्यविधि राजपत्रमा प्रकाशित भएपछि लागू हुनेछ ।

२. **परिभाषा :** विषय प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा,

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

- (ख) "गाउँ कार्यपालिका" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको कार्यपालिकालाई सम्झनु पर्दछ ।
- (ग) "अध्यक्ष" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको अध्यक्षलाई सम्झनु पर्दछ ।
- (घ) "प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतलाई सम्झनु पर्दछ ।
- (ङ) "स्वास्थ्य शाखा" भन्नाले वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखालाई सम्झनु पर्दछ ।
- (च) "सहायता भन्नाले" यस कार्यविधि बमोजिम उपलब्ध गराईने उपचार सहायता सम्झनु पर्दछ ।

## परिच्छेद - २

### उपचार सहायता सम्बन्धि मापदण्ड

३. अंग प्रत्यारोपण, दिर्ग रोगी, क्यान्सर, पक्षघात, अंगभंग, र आकस्मिक उपचार सेवा दिनुपर्ने विपन्न नागरिकहरू लाई उपचार सहायता:

(१) अति विपन्न, गरीब सर्वहारा वर्गका नागरिकहरूलाई अंग प्रत्यारोपण, दिर्ग रोगी, क्यान्सर, पक्षघात, अंगभंग, र आकस्मिक उपचार सेवा गराई रहेको वा गराउनु पर्ने भएमा त्यस्ता विरामीहरूले वा निज विरामीको सम्बन्धित व्यक्तिले उपचार सहायता प्राप्त गर्नको लागि आवश्यक कागजात सहित प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत समक्ष निवेदन दिनु पर्नेछ ।

**स्पष्टिकरण "आवश्यक कागजात भन्नाले"**

(क) उपचार रूपले विपन्न भनि सम्बन्धित वडा कार्यालयले प्रमाणित गरेको सिफारिस 'पत्र ।

(ख) नेपाली नागरिकताको प्रतिलिपी वा नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपी

(ग) रोग निदान भएको प्रेश्रिक्रप्सन तथा उपचार गराएको विरामी पुर्जा, अस्पतालको रिपोर्ट लगायतका कागजातहरू ।

(घ) खर्च भएको बिल भर्पाइहरू ।

(ङ) गाउँपालिकामा स्थायी बसोबास प्रमाणित हुने कागजात ( जन्मदर्ता, नेपाली नागरिकता, बसाई सराई, मतदाता परिचयपत्र आदि को प्रतिलिपी) ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम प्राप्त निवेदनमा आवश्यक कागजात पुरा भए नभएको गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट एकिन गराई विरामीको अवस्था अनुसार रु.५०००।—(पाँच हजार) देखि ५०,०००।—(पचास हजार) सम्म गाउँकार्यपालिकाले निर्णय गरे बमोजिम उपचार सहायता दिई निःशुल्क उपचार तथा सहूलियत उपचारको लागि सिफारिस गर्न सकिनेछ ।

## परिच्छेद- ३

## विविध

४. निवेदनको ढाँचा : दफा ३ अनुसार सहायता पाउन अनुसूची- १ को ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ ।
५. अभिलेख तथा प्रतिवेदन: (१) यस कार्यविधि बमोजिम वितरण गरीने उपचार सहायताको अभिलेख राख्ने र प्रतिवेदन पेश गर्ने जिम्मेवारी स्वास्थ्य शाखालाई हुनेछ ।  
(२) उपदफा १ बमोजिमको अभिलेखको आधारमा सम्बन्धित शाखाले अनुसूचि २ बमोजिम प्रतिवेदन त्रैमासिक रूपमा तयार गरी प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत समक्ष पेश गरी स्वीकृत गराउनु पर्नेछ । स्वीकृत प्रतिवेदनको प्रतिलिपी सुचना पाटिमा टाँस गर्नुका साथै गाउँपालिकाको वेबसाइट मार्फत सार्वजनिक गर्नु पर्नेछ ।
६. वित्तिय श्रोत : (१) यस कार्यविधि अनुसार उपचार सहायता दिने प्रयोजनको लागि गाउँ सभाबाट स्वास्थ्य शाखा अन्तरगत विपन्न गरिबलाई सहायताका लागि विनियोजित रकम यस उपचार सहायता शिर्षकमा कार्यविधि कार्यान्वयनका लागी वित्तिय श्रोत हुनेछ ।
- ७ विविध: यस कार्यविधिमा अन्यत्र जेसुकै लेखिएको भएतापनि संघीय सरकारबाट जारी औषधि उपचारकोष निर्देशिका २०७५ बमोजिम सेवा सुविधाको लागि सिफारिस हुने नागरिकहरुले लागि यस कार्यविधि बमोजिम पाउने उपचार सहायताका लागी सिफारिस हुदा फरक पर्ने छैन र यस कार्यविधि बमोजिम कुनै व्यक्तिले सम्बन्धित सेवा एक पटक मात्र प्राप्त गर्नेछ ।
८. परिमार्जन: यो कार्यविधिलाई आवश्यकता अनुसार विधायन समितिको सिफारिसमा गाउँ कार्यपालिकाले थपघट गरी परिमार्जन गर्न सक्नेछ ।
९. यो कार्यविधि प्रारम्भ हुनु पहिले भए गरेका कार्य यसै कार्यविधि बमोजिम भए गरेको मानिनेछ ।

अनुसूची-१

(दफा ४ संग सम्बन्धित)

मिति:-

श्रीमान प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यू  
वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका  
गाउँकार्यपालिकाको कार्यालय, मुस्ताङ

विषय:- उपचार सहायता उपलब्ध गराईदिनु हुन।

महोदय,

उपरोक्त विषयमा मुस्ताङ जिल्ला वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका वडा नं ..... बस्ने म\मेरो\मेरी  
.....नाताको वर्ष..... ना.प्र.नं .....  
को .....लाई  
.....रोग लागी  
हाल.....मा उपचार गराई  
रहेको\गराएको व्यहोरा अनुरोध गर्दछु। उपचारको लागी म र मेरो परिवारको उपचार अवस्था नाजुक भएकोले  
सोको लागी तहाँ कार्यालयको नियमानुसार उपचार सहायता उपलब्ध गरि दिनु तपसिलका कागजातहरु यसैसाथ  
संलग्न राखि यो निवेदन पेश गर्दछु। झुटा ठहरे कानुन बमोजिम सहुँला बुझाउँला।

निवेदक

नाम थर:-

बिरामिको नाता:-

ठेगाना:-

सम्पर्क न:-

दस्तखत:-

तपसिल:-

- १.विपन्नता प्रमाणित भएको सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस
- २.नागरिकता\जन्मदर्ता को प्रतिलिपि
- ३.अस्पतालको रिपोर्ट लगायतका कागजात
- ४.खर्च भएको आधिकारिक बिल भरपाई
५. अन्य.....

अनुसूची-२  
(दफा ५ संग सम्बन्धित)  
त्रैमासिक प्रतिवेदन

आ.व:-

मिति:-

स्थानिय तहको नाम:- वारागुड मुक्तिक्षेत्र गाउँपालिका

महिना:-

देखि

सम्म

क्र.सं	सहायता पाउने व्यक्तिको नाम थर	उमेर		ठेगाना	सम्पर्क नं	सहायता रकम	प्रयोजन	कैफियत
		म.	पु.					

तयार पार्ने:-

स्विकृत गर्ने:-

प्रमणिकरण मिति:- २०८०-११-१९

आज्ञाले  
होम बहादुर थापा मगर  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत