



गेरुवा गाउँपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्ड: ६

संख्या: ६

मिति : २०७९/०५/१०

भाग-२

गेरुवा गाउँपालिकाको सूचना

नेपालको संविधानको धारा २२६ तथा स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ उपदफा १ बमोजिम बनेको गेरुवा गाउँपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने) ऐन, २०७६ को दफा ४ बमोजिम गेरुवा गाउँ कार्यपालिकाले मिति २०७९/०५/१० मा जारी गरेको देहाय बमोजिमको कार्यविधि सर्वसाधारणको जानकारीको लागि प्रकाशन गरिएको छ ।

संवत् २०७९ सालको नियम नं. ४
सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम संचालन कार्यविधि, २०७९

सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम संचालन कार्यविधि, २०७९

प्रमाणिकरण मिति : २०७९/०५/१०

प्रस्तावना

स्वास्थ्य संस्थाको प्रसुति तथा सुत्केरी सेवामा सेवाग्राही हरूको पहुँच बढाई सेवाग्राही महिलाको बृद्धिगरी मातृ तथा नवजात शिशुको स्वास्थ्य मा टेवा पुर्‍याउन र मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु दरमा कमी ल्याई दिगो विकास लक्ष हासिल गर्न प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने) ऐन २०७६ को दफा ४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी गेरूवा गाउँ कार्यपालिका बाट यो सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम कार्यविधि, २०७९ जारी गरिएको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ

(क) यो कार्यविधिको नाम सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम संचालन कार्यविधि २०७९ रहेको छ ।

(ख) यो कार्यविधि राजपत्रमा प्रकाशन भएको मिति देखि लागु हुनेछ ।

२. परिभाषा:- बिषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,

(क) स्वास्थ्य संस्था भन्नाले नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार, तथा स्थानीय तहको अनुदान र लगानीमा संचालन भई सुरक्षित प्रसुति सेवा केन्द्र स्थापना भएका आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, आधारभूत अस्पताल वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य स्वास्थ्य संस्था सम्झिनु पर्दछ ।

(ख) प्रसुति भन्नाले बच्चा वा शिशु जन्माउन स्वास्थ्य संस्थामा आउने महिलालाई सम्झिनु पर्दछ ।

(ग) सुत्केरी भन्नाले बच्चा वा शिशु जन्मिए देखि ४२ दिन सम्मका महिला लाई सम्झिनु पर्दछ ।

(घ) गाउँपालिका भन्नाले गेरूवा गाउँपालिका बर्दियालाई सम्झिनु पर्दछ ।

(ङ) सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम भन्नाले गेरूवा गाउँपालिका बर्दिया भित्र स्थायी ठेगाना भई स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति तथा सुत्केरी भएका महिलालाई स्वास्थ्य सुधार गर्नकालागी पोषण खर्च बापतको रकम रु. ५,०००।- (पाँच हजार) प्रदान गर्ने कार्यक्रमलाई सम्झिनु पर्दछ ।

(च) सेवाग्राही भन्नाले गेरूवा गाउँपालिका स्थायी ठेगाना भइ स्वास्थ्य संस्थामा बच्चा वा शिशु जन्माउने महिलालाई सम्झिनु पर्दछ ।

(छ) गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय भन्नाले गेरूवा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय बर्दियालाई सम्झिनु पर्दछ ।

३. सेवाग्राही महिलाले पाउने पोषण खर्च बापतको रकम सम्बन्धी ब्यवस्था

(क) गेरूवा गाउँपालिका स्थायी ठेगाना भएका प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था बाट सेवा प्राप्त गर्ने सेवाग्राहीले सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम अन्तरगत प्रति सेवाग्राही पोषण खर्च बापतको रकम रु. ५,०००।- (पाँच हजार) मिति २०७९/४/१ गते देखि सुत्केरी भएका महिलाको हकमा लागु हुनेछ ।

(ख) सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था बाट सेवा प्राप्त गर्ने सेवाग्राही महिला तथा गेरूवा गाउँपालिका बर्दिया अन्तरगतका सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था बाट प्रेषण गरिएका सेवाग्राही महिला बाहेक अन्य प्रकारका सेवाग्राही हरूलाई यो पोषण खर्च बापतको रकम प्रदान गरिने छैन ।

(ग) गेरूवा गाउँपालिका बर्दिया अन्तरगतका सुरक्षित प्रसुती केन्द्र स्थापना भएका स्वास्थ्य संस्थाहरूले सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम अन्तरगत पोषण खर्च बापतको रकम गेरूवा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय बर्दिया संग पेशकी माँग गरि सेवाग्राही महिलालाई नगदै भुक्तानी दिनुपर्ने अथवा स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको खाता बाट भुक्तानी दिई सोधभर्ना भुक्तानी लिनुपर्नेछ ।

(घ) सेवाग्राहीले आवश्यक कागजातहरू सुत्केरी भएको १ महिना भित्र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा पेश गरिसक्नु पर्नेछ । सुत्केरी स्वयम उपस्थित हुन नसकेको अवस्थामा निजको परिवारको उमेर पुगेको सदस्यले समेत निवेदन दिन सक्नेछ । तर, सुत्केरी सँगको नाता खुल्ने कागजात अनिवार्य रूपमा पेश गर्नु पर्नेछ ।

(ङ) सुत्केरीको निधन भएको खण्डमा निजको नजिकको संरक्षकलाई नवजात शिशुको पोषण संरक्षणका लागि रकम भुक्तानी गर्न बाधा परेको मानिने छैन ।

४. सेवाग्राहीले पेश गर्नुपर्ने कागजात

सेवाग्राहीले देहायका कागजातहरू गेरूवा गाउँपालिकाको सुरक्षित प्रसुति केन्द्र भएका स्वास्थ्य संस्थामा पेश गर्नुपर्नेछ र सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले जटिलता भई माथिल्लो स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरी पठाएमा सेवाग्राहीले सेवा लिए पश्चात प्रेषण गरी पठाउने स्वास्थ्य संस्थामा कागजात पेश गर्नुपर्नेछ ।

(क) सेवाग्राहीको नेपाली नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी वा राष्ट्रिय परिचय पत्रको प्रतिलिपी वा सम्बन्धित वडा कार्यालय बाट नाता प्रमाणित प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी ।

(ख) मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्डको प्रतिलिपी वा गर्भ जाँच तथा प्रसुती र सुत्केरी सेवा सम्बन्धी पुर्जा ।

(ग) अनुसूची -१ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन ।

(घ) जटिलता भई प्रेषण भएमा प्रेषण पुर्जाको प्रतिलिपी तथा प्रेषण पश्चात स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिएको पुर्जा र प्रमाणपत्रका प्रतिलिपी ।

५. अभिलेख तथा प्रतिवेदन

(क) गेरूवा गाउँपालिका बर्दिया अन्तरगतका सुरक्षित प्रसुती सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूले अनुसूची-२ बमोजिम पोषण खर्च रकम पाउने प्रसुति/सुत्केरी महिलाको अभिलेख अध्याबधिक गरी सक्कलै प्रति मासिक

रूपमा गेरूवा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय बर्दियामा पेश गर्नुपर्नेछ र सोको प्रतिलिपी स्वास्थ्य संस्थामा राख्नुपर्नेछ ।

(ख) गेरूवा गाउँपालिका बर्दिया अन्तरगतका सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूले अनुसूची-३ बमोजिम पोषण खर्च रकम पाउने प्रसुति/सुत्केरी महिलाको प्रतिवेदन तयार गरी सक्कलै प्रति मासिक रूपमा गेरूवा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय बर्दियामा पेश गर्नुपर्नेछ र सोको प्रतिलिपी स्वास्थ्य संस्थामा राख्नुपर्नेछ ।

(ग) गेरूवा गाउँपालिका बर्दिया अन्तरगतका सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूले अनुसूची-४ बमोजिम सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम अन्तरगत पोषण खर्च बापतको रकम बुझाएको भरपाई मासिक रूपमा गेरूवा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय बर्दियामा पेश गर्नुपर्नेछ ।

(घ) गेरूवा गाउँपालिका बर्दिया अन्तरगतका सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूले अनुसूची-२ बमोजिम अध्याबधिक भएको अभिलेख र अनुसूची-३ बमोजिम तयार भएको प्रतिवेदन तथा अनुसूची-४ बमोजिम पोषण खर्च बापतको रकम बुझाएको भरपाईका साथै सेवाग्राही महिलाले पेश गरेका सम्पूर्ण कागजातहरू मासिक रूपमा गेरूवा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय पेश गर्नुपर्नेछ ।

६. अनुगमन तथा निरिक्षण

गेरूवा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय बर्दियाले अनुगमन तथा निरिक्षण गर्न सक्नेछ , पोषण खर्च बापतको रकम नक्कली सेवाग्राहीलाई दिएको पाईएमा रकम दिने बाट कानून बमोजिम असुल गरि प्रचलित कानुन बमोजिम कारबाही गरिनेछ ।

७. पारदर्शिता कायम गर्नुपर्ने

सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूले भुक्तानी गरेको रकम र बुझिलिने सेवाग्राहीको नामावली स्वास्थ्य संस्था र सम्बन्धित वडा कार्यालयमा टाँसगरी सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ ।

अनुसूची-१
(दफा ४ को (ग) संग सम्बन्धित)
सेवाग्राहीले पेश गर्नुपर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री स्वास्थ्य व्यवस्थापन समिति अध्यक्ष ज्यू
.....स्वास्थ्य चौकी बर्दिया

बिषय:- सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम अन्तरगत पोषण खर्च बापतको रकम सम्बन्धमा ।

महोदय,

निवेदन गर्नाको कारण देहाय अनुसारको विवरण सहित सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम अन्तरगत पोषण खर्च बापतको रकम उपलब्ध हुन यो निवेदन पेश गर्दछुँ ।

१	सुरक्षित प्रसुती तथा सुत्केरी सेवा लिने:- महिलाको नामथर:- स्थायी ठेगाना:-	उमेर:-
२	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको:- नाम र ठेगाना:- मिति:-	समय:-
३	प्रेषण प्रेषणगरी पठाउने स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालको नाम र ठेगाना:- प्रेषण मिति:- प्रेषण भएको स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालको नाम र ठेगाना:- स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालमा सेवा लिएको मिति:-	समय:- समय:- प्रेषण भएको
४	उपरोक्त माथी उल्लेखित ब्यहोरा साँचोहो झुठा ठहरे कानुन बमोजिम सहुँला बुझाउँला । निवेदकको नामथर:- दस्तखत:- मिति:-	ठेगाना:- सम्पर्क फोन नं.
५	सिफारिस गर्ने स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नामथर:- दस्तखत:-	पद:- मिति:-
६	पोषण खर्च बापतको रकम निवेदकलाई नगदै भुक्तानी दिनुभनि अनुमती दिने स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समिति अध्यक्षको नामथर:-	दस्तखत:- मिति:-

अनुसूची-२
(दफा ५ को (क) संग सम्बन्धित)
पोषण खर्च रकम पाउने प्रसुति/सुत्केरी महिलाको अभिलेखको ढाँचा

आर्थिक वर्ष:-

साल:-

महिना:-

सि. नं.	प्रसुति/सुत्केरी महिलाको नामथर	ठेगाना	फोन नं.	सेवा लिएको		अभिभावकको नामथर	पोषण खर्च दिएको रकम
				मिति	अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थाको नाम		

अभिलेख राखेको दस्तखत:-

प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको दस्तखत:-

अनुसूची-३
(दफा ५ को (ख) संग सम्बन्धित)

पोषण खर्च रकम पाउने प्रसुति/सुत्केरी महिलाको मासिक प्रतिवेदन फारामको ढाँचा

आर्थिक वर्ष:-

साल:-

महिना:-

प्रतिवेदन पेश गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम:-

ठेगाना:-

स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालमा प्रसुति/सुत्केरी भएका महिलाको संख्या	जटिलता भई प्रेषण गरेका प्रसुति/सुत्केरी महिला संख्या	जम्मा स्वास्थ्य संस्था /अस्पताल बाट सेवा लिने प्रसुति/सुत्केरी महिलाको संख्या	पोषण खर्च रकम पाउने प्रसुति/सुत्केरी महिला			कैफियत
			संख्या	दर	जम्मा रकम	

(स्वास्थ्य संस्थाको छाप)

तयार गर्ने:-

दस्तखत:-

नामथर:-

पद:-

मिति:-

प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्था प्रमुख:-

दस्तखत:-

नामथर:-

पद:-

मिति:-

अनुसूची-४
(दफा ५ को (ग) संग सम्बन्धित)

पोषण खर्च रकम पाउने प्रसुति/सुत्केरी महिलाको भरपाईको ढाँचा

आर्थिक वर्ष:-

साल:-

महिना:-

रकम बुझाउने स्वास्थ्य संस्थाको नाम:-

ठेगाना:-

लिखितम भरपाई हामी तपसिलमा उल्लेखित महिलाहरूले सुत्केरी स्याहार कार्यक्रम अन्तरगत पोषण खर्च बापतको रकम बुझिलिई भरपाई गरिदियौ ।

सि.नं.	मिति	सेवाग्राहीको नामथर	ठेगाना	फोन नं.	पोषण खर्च रकम	बुझिलिनेको दस्तखत

(स्वास्थ्य संस्थाको छाप)

रकम बुझाउने कर्मचारीको दस्तखत:-

प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको दस्तखत:-

आज्ञाले,
विष्णु प्रसाद गुरुङ
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत