



भेरीगंगा नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
छिन्चु, सुर्खेत
कर्णाली प्रदेश, नेपाल

स्थानीय राजपत्र

खण्ड: ०६

संख्या: १२

मिति: २०८०/११/०२ गते

भाग-२

भेरीगंगा नगरपालिका

जटिल रोग र प्यारालाइसिसबाट पूर्ण अशक्त भएका बिरामीहरूलाई उपचार खर्च सम्बन्धि कार्यविधि, २०७८

पहिलो संसोधन २०८० समेत

कार्यपालिका बैठकबाट स्वीकृत मिति: २०८०/१०/२९

प्रस्तावना: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर रोग, पार्किन्सस रोग, अल्जाईमर्स, हेड ईन्जुरी, स्पाईनल ईन्जुरी, सिकलसेल एनिमिया, हिमोफिलिया, प्यारालाइसिस लगायत अन्य रोगबाट पूर्णअशक्त भई जिविकोपार्जन गर्न नसक्ने भएका बिरामीहरूको औषधि उपचार लामो समयसम्म गर्नुपर्ने र खर्चिलो हुने हुँदा बिरामीहरूलाई हुन जाने आर्थिक भार कम गर्न औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउन भेरीगंगा नगरपालिकाको मिति २०७९/०३/२७ गते बसेको एघारौं नगरसभाको बैठकको निर्णय नं. २९ बमोजिम लक्षित समुदायका लागि दिईने स्वास्थ्य सेवा, सुबिधा तथा प्रकृतिलाई सरल र सहज बनाउनका लागि यस क्षेत्रका नागरिकको आर्थिक अवस्था, भुगोल, स्वास्थ्य सेवामा पहुँचको स्थिति र यस क्षेत्रमा देखिएका दीर्घ रोगका प्रकृतिहरूलाई मुल्याङ्कन गर्दा नगरपालिका भित्रका सबै दीर्घरोगीहरू र पूर्णअशक्तहरूलाई समेट्नका लागि र सोहि प्रयोजनलाई थप ब्यबस्थित, ब्यबहारीक र अर्थपूर्ण बनाउनका लागि नगरपालिकाबाट मासिक रुपमा रु.२,०००। (अक्षरुपि दुई हजार मात्र) उपचार सहायता दिनेगरि मिति २०७९।०९।१७ गते बसेको नगर कार्यपालिका बैठकले यो कार्यविधि स्वीकृत गरि जारी गरिएको छ ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. **नाम र प्रारम्भ:** (१) यस कार्यविधिको नाम “जटिल रोग र प्यारालाइसिसबाट पूर्णअशक्त भएका बिरामीहरूलाई उपचार खर्च सम्बन्धि कार्यविधि, २०७९” रहेको छ।
(२) यो कार्यविधि आ.ब.२०७९/०८० को सुरु देखि प्रारम्भ हुनेछ।
२. **परिभाषा:** विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,
(क) “जटिल रोग” भन्नाले मुटु रोग लागि नियमित औषधि सेवन तथा उपचार गराईरहेका नागरिकहरू, मृगौला सम्बन्धि रोग लागि डाईलाईसिस, ट्रान्सप्लान्ट भएका बिरामीहरू, कुनैपनि किसिमको क्यान्सर रोग लागि उपचार गराईरहेका नागरिकहरू, पार्किन्सन्स, अल्जाईमर्स, हेड ईन्जुरी, स्पाईनल ईन्जुरी, सिकलसेल एनेमिया, हिमोफिलिया, जन्मजात पूर्ण अशक्त भएका र कुनैपनि कारणले प्यारालाइसिस भई पूर्णअशक्त भएका, जिविकोपार्जन गर्न कठिन अवस्था भएका र यी रोगहरूको कारण अशक्त भई आफ्नो पेशा, व्यवसाय गरि आम्दानी गर्न नसक्ने नागरिकहरूलाई सम्झनुपर्छ।
(ख) “नगरपालिका” भन्नाले भेरीगंगा नगरपालिकाको कार्यालय सम्झनुपर्छ।
(ग) “लक्षित समुह” भन्नाले जटिल रोग र प्यारालाइसिसबाट पूर्णअशक्त भएका भेरीगंगा नगरपालिका क्षेत्रभित्र बसोबास गर्ने बिरामी नागरिकहरूलाई सम्झनुपर्छ।
(घ) “लाभग्राही” भन्नाले दफा २ (ग) बमोजिमका लक्षित समुहमा परेका र औषधि उपचार गर्न कठिन भएका विपन्न नागरिक वा संघीय विपन्न नागरिक औषधि उपचार कोष निर्देशिका २०७५ संशोधनको दफा ३.४ बमोजिमको नगरपालिकामा रहेको औषधि उपचार आर्थिक सहायता सिफारिस समितिबाट पहिचान भएका विपन्न नागरिक सम्झनुपर्छ।

परिच्छेद-२

औषधि उपचार वापत खर्च प्राप्त गर्ने प्रकृया

३. **निवेदन सम्बन्धि व्यवस्था:** यस कार्यविधिबमोजिम औषधि उपचार खर्च पाउनका लागि नागरिकता वा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, अनुसुचि-१ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस र आफु बसेको वडा कार्यालयको सिफारिसका साथ नगर प्रमुखलाई अनुसुचि-२ बमोजिमको निवेदन दिनुपर्नेछ।

४. **लाभग्राहीले पाउने औषधि उपचार वापत खर्च:** भेरीगंगा नगरपालिकाले तोकेको मासिक रु.२,०००। (अक्षरुपि दुई हजार मात्र) २०७९।०४।०१ देखि त्रैमासिक रुपमा नगरपालिकाले लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्नेछ। लाभग्राहीको निधन भएमा निधन भएको समयको मासिक किस्ता मात्र निजको नजिकको हकदारलाई भुक्तानी दिइनेछ। नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा आंशिक स्वामित्व भएका संस्था वा संगठनबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन वा कुनैपनि सामाजिक सुरक्षा भत्ता प्राप्त गरेको नागरिकलाई समेत यस कार्यविधि वापत पाउने रकम प्राप्त गर्न बाधा पर्नेछैन तर एकभन्दा बढि रोग लागेका नागरिकहरूले दोहोरो पर्नेगरि यस किसिमको भत्ता प्राप्त गर्ने छैनन्।

५. बजेट व्यवस्था:

- (१) नगरसभाको निर्णयबाट विपन्न नागरिक उपचार सहायताका लागि प्रत्येक वर्ष नियमित रुपमा आवश्यक पर्ने बजेट विनियोजन गर्दै लगिनेछ।
(२) सरकारी निकाय, विभिन्न दातृ निकाय, साभेदार निकाय, दाताहरूबाट कार्यविधिमा उल्लेख गरिएको जटिल रोग र पूर्णअशक्त भएका व्यक्तिहरूका लागि सहयोग रकम प्राप्त गर्न सकिनेछ।

६. **नबिकरण :** लाभग्राहीको सुचि प्रत्येक आर्थिक वर्षको असोज मसान्तभित्र नगरपालिका कार्यालयमा निवेदन प्राप्त भएपछि नगरपालिकाले नबिकरण गर्नुपर्नेछ।

परिच्छेद-३

बिबिध

७. **अभिलेख तथा प्रतिवेदन:** नगरपालिकाले प्रत्येक वडा अनुसारका औषधि उपचार खर्च पाउने लाभग्राहीलाई अनुसुचि-३ बमोजिम परिचयपत्र बितरण गर्नुपर्नेछ साथै अनुसुचि-४ बमोजिम लक्षित समुह अनुसारको अभिलेखसमेत अद्यावधिक राख्नुपर्नेछ।

८. **अनुगमन तथा निरीक्षण:** भेरीगंगा नगरपालिका नगर स्वास्थ्य शाखाले उपचार खर्च सम्बन्धि कार्यको नियमित अनुगमन तथा निरीक्षण गर्नेछ। नक्कली लाभग्राहीले सुविधा लिएको पाईएमा सम्बन्धित व्यक्ति र सिफारिसकर्ताबाट कानुनबमोजिम रकम फिर्ता लिइनेछ र कानुनबमोजिम कारवाही गरिनेछ।

५. **लेखापरीक्षण:** औषधि उपचार खर्च वितरणको लेखापरीक्षण प्रचलित कानूनबमोजिम गरिनेछ ।

१०. **पारदर्शिता कायम गर्नुपर्ने:** स्थानिय तहले भुक्तानि गरेको रकम र बुझिलिनेको व्यक्तिको नामावली नगरपालिका, सम्बन्धित वडा कार्यालय र वेभसाइटमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ । रकम लाभग्राहीको बैंक खातामा मात्र भुक्तानि गरिनेछ ।

११. **बाधाअड्काउ फुकाउने:** यो कार्यविधि कार्यान्वयनमा बाधाअड्काउ परेमा भेरीगंगा नगर कार्यपालिकाले बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ ।

१२. **कार्यविधि संसोधन :** यो कार्यविधि नगर कार्यपालिकाले आवश्यकता अनुसार संसोधन गर्न सक्नेछ ।

अनुसुचि-१

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

जटिल रोग र प्यारालाइसिसबाट पुर्णअशक्त भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा
मिति.....

श्री भेरीगंगा नगरपालिका,
छिन्चु, सुर्खेत

बिषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त बिषयमा भेरीगंगा नगरपालिका वडा नं.....,..... गाँउटोल
स्थायी ठेगाना भएको उमेर बर्षको नागरिकता नं.
..... जन्मदर्ता नं..... भएको श्री..... को
साल..... महिना..... गते श्री अस्पतालमा मुटु
रोग/मृगौला रोग/क्यान्सर रोग/पार्किन्सस रोग/अल्जाईमस/हेड ईन्जुरी/स्पाईनल
ईन्जुरी/सिकलसेल एनिमिया/हिमोफिलिया/जन्मजात पूर्णअशक्त/प्यारालाइसिसबाट
पूर्णअशक्त रोग निदान भएको भनि अस्पतालको पुर्जा तथा कागजातहरूको विवरण
जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

नाम, थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.:

संस्थाको छाप:

अनुसूचि-२
(दफा ३ संग सम्बन्धित)

नगर प्रमुखलाई औषधि उपचार खर्च प्राप्तीका लागि दिने निवेदनको ढाँचा
मिति.....

श्री नगर प्रमुख ज्यू,
भेरीगंगा नगरपालिका, छिन्चु, सुर्खेत

बिषय: औषधि उपचार वापत खर्च पाँउ भन्ने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा भेरीगंगा नगरपालिका वडा नं....., गाँउटोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर..... वर्षको..... नागरिकता नम्बर..... जन्मदर्ता नम्बर..... सम्पर्क नम्बर भएको म..... मुटु रोग/मृगौला रोग/क्यान्सर रोग/पार्किन्सस रोग/अल्जाईमस/हेड ईन्जुरी/स्पाईनल ईन्जुरी/सिकलसेल एनिमिया/हिमोफिलिया/जन्मजात पूर्णअशक्त/प्यारालाइसिसबाट पूर्ण अशक्तरोग निदान भएको र मेरो आर्थिक अवस्था कमजोर भएको हुँदा मलाई भेरीगंगा नगरपालिकाबाट औषधि उपचार सहायताका लागि मासिक रु. २,०००। (दुई हजार मात्र) पाउनका लागि रोग प्रमाणित कागजात र वडा कार्यालयको सिफारिस संलग्न राखि यो निवेदन पेश गरेको छु। उपचार खर्च दिलाईपाउँ। पेश गरेको ब्यहोरा ठिक साँचो हो, भद्गा ठहरे प्रचलित कानुनबमोजिम सहूला, बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर:.....
नाम, थर:.....
लिङ्ग:.....
नागरिकता नं:.....
जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं:.....
बैंक खाता नं:.....
बैंकको नाम:.....
शाखा:.....
सम्पर्क नम्बर:.....

अनुसूचि-३
(दफा ७ संग सम्बन्धित)

औषधि उपचार वापत खर्च पाउने लाभग्राहीको परिचयपत्रको ढाँचा



भेरीगंगा नगरपालिका वडा नं.
सुर्खेत जिल्ला, कर्णाली प्रदेश, नेपाल

फोटो

लाभग्राहीको नाम:
जन्म मिति :
रोगको नाम : **प्रमाणित गर्नेको**
भत्ता प्राप्त गर्ने सुरु मिति : हस्ताक्षर :
ना.प्र.नं./जन्म दर्ता नं. नाम :
संरक्षकको नाम : पद :
मिति :

आर्थिक वर्ष	महिना	रकम रु.	बुझाउनेको दस्तखत	बुझिलिनेको दस्तखत	दर्ता/नविकरण मिति

अनुसूचि-४
(दफा ७ संग सम्बन्धित)
औषधि उपचार वापत खर्च पाउने लाभग्राहीहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा
रकम भुक्तानी गरेको महिना

आ.व.

क्र. सं.	लाभग्राहीको नाम, थर	जन्म मिति	लिङ्ग	स्थायी ठेगाना	नागरीकता / जन्म दर्ता नं.	लक्षित समुह	रकम भुक्तानी गरेको महिना														
							सिफारीस गर्ने चिकित्सकको विवरण (नाम, कार्यरत संस्था)	५२	५३	५४	५५	५६	५७	५८	५९	६०	६१				

तयार गर्ने

प्रमाणित गर्ने

आज्ञाले
कृष्ण प्रसाद पोख्रेल
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत