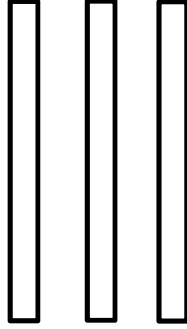
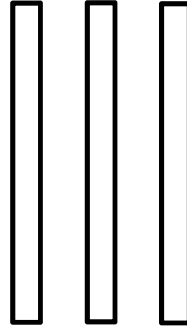


चुरे गाउँपालिका अन्तर्गतका एच.आई.भी./एड्सवाट संक्रमित, औषधी सेवन गरिरहेका विरामीहरुलाई पोषण खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि,  
२०८०



चुरे गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयबाट स्वीकृत मिति : २०८०।०४।३२



चुरे गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
घरखेडा, कैलाली  
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

चुरे गाउँपालिका अन्तर्गतका एच.आई.भी./ एड्सवाट संक्रमित, औषधी सेवन गरिरहेका  
विरामीहरुलाई पोषण खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८०

प्रस्तावना :-

एच.आई.भी./एड्सवाट संक्रमित विरामीहरुको औषधी उपचार लामो समय सम्म चल्ने र यस रोगवाट संक्रमित विरामीहरुलाई अरुरोगहरुको सहसंक्रमणको जोखिम हुने हुदा विरामीलाई हुन जाने आर्थिकभार कम गर्न तथा पोषण अवस्था सुदृढ गर्न उपचाररत विरामीहरुलाई पोषण खर्च उपलब्ध गराउने चुरे गाउँपालिकाको निति कार्यान्वयनका लागि चुरे गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयले यो कार्यविधि जारी गरेको छ ।

परिच्छेद-१  
प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :

(क) यो कार्यविधिको नाम “चुरे गाउँपालिका अन्तर्गतका एच.आई.भी./एड्सवाट संक्रमित औषधी सेवन गरिरहेका विरामीहरुलाई पोषण खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८०” रहेको छ ।

(ख) यो कार्यविधि गाउँ कार्यपालिकाले स्वीकृत गरेको मितिबाट प्रारम्भ हुनेछ ।

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

(क) “ गाउँपालिका ” भन्नाले चुरे गाउँपालिका सम्झनु पर्छ ।

(ख) “लक्षित समूह” भन्नाले एच.आई.भी./एड्स वाट संक्रमित तथा औषधी सेवन गरिरहेका विरामी सम्झनु पर्छ ।

(ग) “लाभग्राही” भन्नाले एच.आई.भी./एड्स वाट संक्रमित तथा औषधी सेवन गरिरहेका व्यक्ति सम्झनु पर्छ ।

(घ) “शाखा” भन्नाले चुरे गाउँपालिका, स्वास्थ्य शाखा सम्झनु पर्छ ।

## परिच्छेद-२

### औषधी उपचार तथा पोषण खर्च प्राप्त गर्ने प्रक्रिया

३. निवेदन सम्बन्धी व्यवस्था : यस कार्यविधि बमोजिम पोषण खर्च पाउनका लागि नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी, नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी, **अनुसुची १** बमोजिमको दाचाँमा औषधी उपचार गराइरहेको अस्पताल/संस्थाको सिफारिस, औषधी उपचार कार्डको प्रतिलिपी सहित यस चुरे गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा **अनुसुची २** बमोजिमको दाचाँमा निवेदन दिनुपर्नेछ ।

४. लाभग्राहीले पाउने पोषण खर्च : चुरे गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयले तोकको मासिक एक हजार रुपैयाका दरले त्रैमासिक रुपमा महिनाको अन्तिम दिन गाउँपालिकाले लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्नेछ । नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा आंशिक स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थावाट रोजगारी/निवृत्तभरण वा विदेश सरकारवाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्ति भए यस कार्यविधि बमोजिम मासिक रकम उपलब्ध गराइने छैन । तर नेपाल सरकारवाट उपलब्ध गराइदै आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, अपांग भत्ता लगायत नेपाल सरकारवाट साविकमा पाइ आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाइरहेका व्यक्तिहरुले यस कार्यविधि बमोजिम उपलब्ध गराइने पोषण खर्च रकम प्राप्त गर्न सक्नेछन् ।

५. बजेट व्यवस्था : गाउँपालिकाले **अनुसुची-३** अनुसारको ढाचाँमा प्राप्त विवरणका आधारमा भुक्तानी गर्नेछ । यस कार्यविधि बमोजिम आवश्यक रकमको व्यवस्थापन गाउँपालिकाले गर्नेछ ।

६. नबिकरण : लाभग्राहीको सुची प्रत्येक आ.व.को श्रावण महिना भित्र चुरे गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखाले नबिकरण गर्नुपर्नेछ ।

### परिच्छेद-३

#### विविध

७. अभिलेख तथा प्रतिवेदन : चुरे गाउँपालिका, स्वास्थ्य शाखाले पोषण खर्च पाउने लाभग्राहीको अभिलेख *अनुसूची ४* बमोजिम विवरण अध्यावधिक गरी राख्नुपर्नेछ ।

८. अनुगमन तथा निरीक्षण : चुरे गाउँपालिकाले पोषण खर्च सम्बन्धी कार्यको नियमित अनुगमन तथा निरीक्षण गर्न सक्नेछ । नक्कली लाभग्राहीले सुविधा लिएको पाइएमा सम्बन्धित व्यक्ति र सिफारिसकर्तावाट कानून बमोजिम रकम फिर्ता लिइनेछ र कानून बमोजिम कारवाही हुनेछ ।

९. लेखा परिक्षण : पोषण खर्च वितरणको लेखा परिक्षण प्रचलित कानून बमोजिम गराउने जिम्मेवारी सम्बन्धित शाखाको हुनेछ ।

१०. बाधा अड्काउ फुकाउने : यो कार्यविधि कार्यान्वयनमा बाधा अड्काउ परेमा चुरे गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयले बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ ।

अनुसूची-१

दफा ३ संग सम्बन्धित

उपचार पाइरहेको अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थावाट उपचार गराइरहेको सिफारिस गरिएको ढाँचा

मिति : .....

श्री चुरे गाउँपालिका,

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय, घरखेडा कैलाली ।

बिषय : विवरण प्रमाणित गरी सिफारिस गरिएको बारे ।

उपरोक्त बिषयमा चुरे गाउँपालिका वडा नं. ...., ..... टोलमा स्थायी  
ठेगाना भएको उमेर..... बर्षको ..... नागरिकता/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र  
नं. भएको सम्पर्क नं. .... भएको  
श्री.....ले यस अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थावाट मिति  
.....ए.आर.टी. सेवा सुरु गरी उपचार पाइरहेको व्यहोरा यस  
अस्पताल/संस्थामा भएको रेकर्डका आधारमा प्रमाणित गरी सिफारिस गरिन्छ ।

प्रमाणितगर्नेको :

नाम, थर :

पद :

दस्तखत :

संस्थाको छाप :

अनुसूची-२

दफा ३ संग सम्बन्धित

पोषण खर्च पाउनका लागि दिने निवेदन ढाँचा

मिति:.....

विषय : पोषण खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्रीमान प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत ज्यू,

चुरे गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

घरखेडा, कैलाली ।

उपरोक्त सम्बन्धमा चुरे गाउँपालिका वडा नं. ...., .....  
टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर ..... वर्षको नागरिक प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता नं.  
..... सम्पर्क नं. .... भएको म  
..... एच.आई.भी./एड्सवाट संक्रमित भएकाले सम्पूर्ण आवश्यक  
कागजात सहित तहाँ कार्यालयबाट प्राप्त हुने पोषण खर्च वाफत मासिक एक हजार रुपैयाका दरले  
खर्च पाउँ भनी निवेदन गर्दछु । पेश भएको विवरण ठीक साचो हो, भुठ्ठा ठहरे प्रचलित कानून  
बमोजिम सहुला बुझाँउला ।

निवेदक

हस्ताक्षर :.....

नाम, थर :..... लिंग : .....

नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाण पत्र नं. : .....

बैंक खाता नं. : .....

बैंकको नाम, खाता भएको शाखा : .....

सम्पर्क नं. : .....

अनुसुची-३

दफा ५ संग सम्बन्धित

रकम भुक्तानी माग गर्ने फारमको ढाँचा

मिति :.....

श्रीमान प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत ज्यू,

चुरे गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

घरखेडा, कैलाली ।

विषय : रकम भुक्तानी सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा चुरे गाउँपालिकामा देहाय बमोजिमका एच.आई.भि. संक्रमित भएका व्यक्तिलाई पोषण खर्च वापत मिति ..... देखि मिति ..... सम्म भुक्तानीका लागि सिफारिस साथ अनुरोध छ ।

.....  
( स्वास्थ्य शाखा प्रमुख )

भुक्तानी गर्नुपर्ने रकम विवरण :

क्र.सं.	लाभग्राहीको नाम,	उमेर, लिंग	स्थायी ठेगाना ( पालिका,वडा,टोल)	नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाण पत्र नं..	भुक्तानी गरिएको जम्मा महिना ( .....देखि.....सम्म)	जम्मा रकम रु.
१						
२						
३						
४						
५						
कुल जम्मा रकम अक्षरुपी..... ।						

