



स्थानीय राजपत्र

ज्वालामूखी गाउँपालिकाद्वारा प्रकाशित

खण्ड: २

संख्या: ९

मिति: २०७५।०६।०७

भाग: २

गम्भीर प्रकृतिको विरामीहरूको उपचार सहयोग कार्यविधि, २०७५

प्रस्तावना:

ज्वालामूखी गाउँपालिकावासीहरूको आधारभूत स्वास्थ्य र सरसफाई सेवा प्राप्त गर्ने नैसर्गिक अधिकारका प्रत्याभूती गराउदै स्वस्थ एवं स्वच्छ वातावरणमा बस्न पाउने मौलिकहकको प्रवर्द्धन गर्ने गराउने जिम्मेवारी गाउँपालिकाको भएको हुँदा गाउँपालिका भित्र भएका गम्भीर प्रकृतिका विरामीहरूको उपचार सेवामा सहज बनाई विरामीहरूलाई राहत उपलब्ध गराउन स्पष्ट कार्यविधि आवश्यक देखिएकोले, “नेपालको संविधान २०७२ को धारा २२९ अनुसार सोही संविधानको अनुसूची ८ को क्र.सं. ९ र १० का अधिकारहरूलाई कार्यान्वयन गर्न” तथा “स्थानीय सरकार सञ्चालन

ऐन २०७४ को दफा १०२ बमोजिम ज्वालामूखी गाउँपालिकाको यो कार्यविधि तयार गरेको छ ।

परिच्छेद १

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:

- (क) यस कार्यविधिको नाम “ गम्भिर प्रकृतिका विरामीहरूलाई उपचार सहयोग कार्यविधि २०७५” रहेको छ ।
- (ख) यो कार्यविधि ज्वालामूखी गाउँकार्यपालिकाको बैठकबाट पास भएपछि कार्यान्वयन हुनेछ ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा :

- क) “गम्भिर प्रकृतिको विरामी” भन्नाले मिंगौलारोग, क्यान्सर, मेरुदण्ड भाँचिएको र मुटु को रोग भएका विरामी भन्ने सम्झनुपर्छ ।
- ख) “उपचार सहयोग” भन्नाले गाउँपालिकाबाट हालसम्म कुनै पनि सहायता नलिएका कार्यविधिमा उल्लेखित रोग भएका विरामीहरूलाई सम्झनुपर्छ ।
- ग) “समिति” भन्नाले गम्भिर प्रकृतिको विरामीहरूलाई दिईने उपचार सहयोग दिन गाउँपालिका वाट गठित सिफारिस समिति सम्झनुपर्छ ।
- घ) “मन्त्रालय” भन्नाले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई सम्झनुपर्छ ।
- ङ) “कार्यविधि” भन्नाले “ गम्भिर प्रकृतिका विरामीहरूलाई उपचार सहयोग कार्यविधि २०७५” लाई सम्झनु पर्छ ।

- च) “संघीय ऐन” भन्नाले स्वास्थ्य सम्बन्धी संघीय संसदले बनाएको ऐनलाई बुझ्नु पर्दछ ।
- छ) “कार्यपालिका” भन्नाले ज्वालामूखी गाउँपालिकाको कार्यपालिकालाई सम्झनु पर्छ ।
- ज) “प्रदेश ऐन भन्नाले ” स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रदेश संसदले बनाएको ऐन लाई सम्झनुपर्छ ।

३. उपचार सहयोग खर्चको व्यवस्थापन :

- क) उपचार सहयोग खर्चको रकम प्रत्येक वर्ष गाउँपालिकाले वार्षिक रुपमा हुने गाउँसभाबाट निश्चित रकम बिनियोजित गरिनेछ, साथै गाउँपालिकामा प्राप्त हुने अन्य आम्दानी समेत सो कोषमा राखिनेछ ।

४. विरामी छनौट बिधि :

यस कार्यविधि बमोजिमको उपचार सहयोग रकम पाउनका लागि रोगका विरामीहरुको छनौट देहायका आधारमा गरिनेछ ।

- क) मृगौला रोग सम्बन्धी विशेषज्ञ चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने भनी प्रदान गरेको आधारमा मृगौला प्रत्यारोपण नगरी औषधी सेवन गरि वा डायलायसिस गरि रहेको विरामी र मृगौला प्रत्यारोपण गरि औषधी नियमित सेवन गरिरहेको विरामी ।
- ख) क्यानसर रोग सम्बन्धी विशेषज्ञ चिकित्सकको सिफारिसको आधारमा उपचार गराई रहेका विरामी ।
- ग) विशेषज्ञ चिकित्सकबाट मेरुदण्ड भाँचिएको भनी सिफारिस भएको विरामी ।
- घ) मुटु रोगबाट ग्रसित भएका भनि विशेषज्ञबाट सिफारिस भएको विरामी ।

५. समिति गठन :

१. गम्भिर प्रकृतिको विरामी उपचार सहयोगका लागि गाउँपालिका स्तरमा तोकिएको सहयोग प्रदान गर्नका लागि सो को संचालन तथा व्यवस्थापनका लागि गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखा सचिवालय रहने गरि देहाय बमोजिमको समिति गठन हुनेछ ।

क) प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत : अध्यक्ष

ख) स्वास्थ्य शाखाको संयोजक : सदस्य -सचिव

ग) गाउँकार्यपालिकाले तोकेको स्वास्थ्य क्षेत्र हेर्ने एक जना सदस्य

२) समितिको कार्यविवरण देहाय बमोजिम हुनेछ ।

क) समितिले दरखास्त अनुरूप मृगौला रोग, क्यान्सर रोग, स्पाईनल ईन्जुरी भई पारालाईसिस रोगका विरामीहरु र मुटु रोग सम्बन्धीका विरामीहरुलाई उपचार सहयोग उपलब्ध गराउन अनुसूचि १ बमोजिमको निवेदन फाराम रुजु गरि सो को प्रमाणित गर्ने ।

ख) समितिले रोगीको प्रमाणिकरणका लागि आवश्यक सम्पूर्ण कागजातहरु भए नभएको एकिन गर्ने ।

ग) उपचार सहयोग रकमका लागि सिफारिस गर्दा सम्बन्धीत वडा कार्यालयबाट सिफारिस भए नभएको एकिन गरि सो को प्रमाणिकरण गर्ने ।

घ) गाउँपालिकामा प्राप्त निवेदनहरु प्राप्त भएको एक हप्ता भित्र वा प्रत्येक शुक्रवार समितिको बैठक वसी निर्णय गर्ने ।

ड) उपचार सहयोग गरिएका विरामीहरुको विस्तृत लगत तयार गरि प्रारम्भिक प्रशासनिक कार्य र अभिलेख राखी सो को प्रतिवेदन गाउँकार्यपालिकामा गर्ने ।

६) अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रक्रिया :

ज्वालामूखी गाउँकार्यपालिकाबाट नियमित रूपमा अनुगमन तथा मूल्यांकन कार्य गरिनेछ। अनुगमन तथा मूल्यांकन पश्चात देखिएका समस्याहरूको समाधानको लागि गाउँकार्यपालिकामा आवश्यक छलफल नियमित रूपमा गरिनेछ। मासिक रूपमा उपचार सहयोग पाउने विरामीहरूको विवरण गाउँपालिकाको सुचना पाटामा टाँस गरिनेछ।

७. उपचार सहयोग रकम सम्बन्धी व्यवस्था :

यस कार्यविधिमा पर्ने सम्पूर्ण विरामीहरूलाई एक पटक रु. ७,०००। (अक्षरूपी सात हजार मात्र) सहयोग उपलब्ध गराईनेछ। उपचार सहयोग रकम चेक मार्फत भुक्तानी दिने व्यवस्था मिलाईनेछ। उक्त उपचार सहयोग रकम कोष संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको अध्यक्ष र सदस्य सचिवको संयुक्त दस्तखतबाट खाता संचालन हुने गरि मेगा बैंक ज्वालामूखी शाखामा खाता संचालन गरि व्यवस्थित गरिनेछ। रकम लिनको लागि विरामी स्वयं उपस्थित हुनु पर्नेछ, यदि विरामी स्वयं उपस्थित हुन नसक्ने अवस्थामा निवेदक विरामीको कानुन वमोजिम हक लाग्ने अभिभावकले सो को प्रमाण सहित कागजात पेश गरे पछि मात्र विरामीको नामको चेक भुक्तानी दिने व्यवस्था मिलाईनेछ।

८. उजुरी गर्ने व्यवस्था : यस उपचार सहयोग कार्यक्रम सम्बन्धी चित्त नबुझेमा ज्वालामूखी गाउँपालिकामा लिखित तथा मौखिक उजुरी दिन सकिनेछ। यसरी परेको उजुरी उपर आवश्यक छानविन गरि सम्बन्धीत व्यक्तिलाई जानकारी गराईनेछ।

९. बाधा अडकाउ फुकाउने :

यस कार्यविधि बमोजिम गम्भिर प्रकृतिको विरामी उपचार सहयोग रकम सम्बन्धमा कुनै बाधा पर्न गएमा वा थप व्याख्या गर्नुपर्ने भएमा गाउँपालिकाले गरेको निर्णय अन्तिम हुनेछ ।

१०. ज्वालामूखी गाउँपालिकाले कार्यविधिमा आवश्यकता अनुसार संशोधन वा हेरफेर गर्न सक्नेछ ।

११. **बचाउ र लागू नहुने:**

(१) यस कार्यविधिमा लेखिएजति कुरामा सोही बमोजिम र अन्य विषयहरुका हकमा प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ ।

(२) संविधान, संघीय कानून र प्रादेशिक कानूनसँग बाभिएका यस कार्यविधिको दफा तथा उपदफाहरु बाभिएको हदसम्म स्वतः निस्क्रीय हुनेछ ।

अनुसूचीहरू :**अनुसूची १ :**

मृगौला, क्यान्सर, मेरुदण्ड भाचिएका विरामीहरू तथा मुटु रोगीहरूको उपचार सहयोग रकम प्राप्त गर्नका लागि ज्वालामुखी गाउँपालिकामा पेश गर्ने दरखास्त फाराम तथा स्थानिय तहले सिफारिस गर्ने फाराम :

१. विरामीको नाम, थर :
लिंग :
२. जन्म मिति :.....साल.....महिना.....गते
हालको उमेर :
३. नागरिकता प्रमाण पत्र नम्बर : (बालकको हकमा जन्म दर्ता नं.....)
जारी मिति :.....साल.....महिना.....गते
जारी गर्ने जिल्ला :
४. स्थायी ठेगाना : प्रदेश जिल्ला
.....गाउँपालिका..... वडा नं.....
अस्थायी ठेगाना : प्रदेश..... जिल्ला
.....गाउँपालिका..... वडा नं.....
५. विरामीको पेशा : धर्म :
६. बाबुको नाम : बाबुको पेशा :
७. आमाको नाम : आमाको पेशा :
८. श्रीमान् वा श्रीमतीको नाम :
दाजु भाईको संख्या : दीदी वहिनीको संख्या :
९. परिवारको सम्पत्ती विवरण :
क) घर जग्गा
- ख) व्यापारिक कारोवार

जागिर (मासिक आय)

ग) अन्य

१०. उपचाररत अस्पतालको नाम :.....

११. रोगको प्रकार :.....

१२. माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरण ठिक साँचो हो, भ्रुठा विवरण पेश गरेका ठहरिएमा कानुन बमोजिम सहुंला, बुभाँउला भनी सहिछाप गरेको छु ।

(विरामी वा विरामीको अभिभावक)

औठा छाप :

सम्बन्धित विरामी वा अभिभावकको

दस्तखत :

विरामीसँगको नाता :

सिफारिसको व्यहोरा (संक्षिप्त) वडा कार्यालयको तर्फबाट :

नाम :

पद :

कार्यालयको नाम :

सर्म्पक नं. :

दस्तखत :

मिति :

आज्ञाले

बद्रिनाथ लम्साल

प्रमुख पशासकीय अधिकृत