

अपांग, अशक्त, दिर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम कार्यान्वयन  
कार्यविधि, २०७८

कार्यपालिकाबाट स्वीकृत मिति:- २०७८।०३।०३  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतबाट प्रमाणित मिति:- २०७८।०३।०६  
संवत् २०७८ सालको कार्यविधि संख्या:- ४



सिदिङ्वा गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
साब्लाखु, ताप्लेजुङ  
१ नं. प्रदेश, नेपाल

## अपांग अशक्त दिर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधि, २०७८

प्रस्तावना: सिदिङ्वा गाउँपालिका भित्रका अत्यन्तै न्यून आर्थिक स्थिति रहेका अपांग, अशक्त, दिर्घरोगीहरूको स्वास्थ्योपचारमा केही मात्रामा आर्थिक सहयोग गर्ने र यस क्षेत्रभित्रको निरोधात्मक, प्रबरद्धनात्मक, एवं उपचारात्मक स्वास्थ्यप्रति प्रत्यक्ष तथा परोक्ष किसिमले संवेदनशीलता प्रदर्शन गर्दै सोही बमोजिम कृयाकलापहरू मार्फत स्थानियबासीको स्वास्थ्य स्थिति सुधार गर्दै स्वस्थ र सुखी सिदिङ्वाबासीको परिकल्पनालाई मुर्तता दिँदै सामाजिक न्यायको अनुभूति समेत गराउने सोचका साथ यस गाउँपालिकाको गाउँसभाले आ.ब. २०७७।०७८ मा स्विकृत बार्षिक कार्यक्रम अन्तर्गत "अपांग, अशक्त, दिर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम"लाई थप व्यवस्थित र पारदर्शी गर्न बाञ्छनीय भएकोले, सिदिङ्वा गाउँपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि नियमित गर्ने ऐन, २०७७ को दफा ४ बमोजिम गाउँ कार्यपालिकाले यो कार्यविधि तर्जुमा गरेको छ।

### परिच्छेद - १

#### प्रारम्भिक

#### १. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:-

क. यस कार्यविधिको नाम "अपांग, अशक्त, दिर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधि २०७८" रहेको छ।

ख. यो कार्यविधि गाउँकार्यपालिका बाट स्वीकृत भएको मिति बाट लागु हुनेछ।

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

- (१) कार्यविधि भन्नाले "अपांग, अशक्त, दिर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधि २०७८" भन्ने बुझ्नुपर्छ।
- (२) कार्यपालिका भन्नाले "सिदिङ्वा गाउँकार्यपालिका" भन्ने बुझ्नु पर्छ।
- (३) अपांग वा अशक्त भन्नाले पूर्णरूपमा अपांग भई "क" बर्गको अपांगताको परिचय पत्र प्राप्त गरेको ब्यक्ति, परिवारको अन्य ब्यक्तिको सहयोग बिना कुनै पनि काम गर्न नसक्ने, आर्थिक अवस्था कमजोर भएको अवस्थालाई सम्झनु पर्दछ।
- (४) दिर्घरोगी भन्नाले मानवीय जीवनमा दीर्घ असर पार्ने किसिमका मान्यता प्राप्त चिकित्सकबाट प्रमाणित भएका गाउँपालिका क्षेत्र भित्र स्थायी बसोबास गर्ने देहाय बमोजिमका नागरिकलाई सम्झनु पर्दछ।
  - (क) मुटुको सर्जरी गर्नु पर्ने बिरामी
  - (ख) मृगौलाको प्रत्यारोपण गरेको वा डायलासिसको बिरामी
  - (ग) क्यान्सरको बिरामी
  - (घ) HIV/AIDS को बिरामी
  - (ङ) प्यारालाइसिसको बिरामी
- (५) समिति भन्नाले यस कार्यविधिको दफा ५ बमोजिम गठित समितिलाई सम्झनु पर्दछ।

(६) वडा समिति भन्नाले "सिदिङ्वा गाउँकार्यपालिका अन्तर्गतका वडा कार्यालयको समितिलाई" बुझनुपर्दछ ।

### परिच्छेद – २

#### आवेदन प्रकृया

३. **वडामा आवेदन पेश गर्नु पर्ने:-** यस कार्यविधि बमोजिमको सहायता प्राप्तिका लागि लाभग्राहीले अनुसूची – १ बमोजिमको ढाँचामा तोकिए बमोजिमको कागजातहरु सहित सम्बन्धित वडामा आवेदन पेश गर्नु पर्नेछ ।
४. **वडाले समिति समक्ष सिफारिस गर्नु पर्ने:-** दफा ३ बमोजिम लाभग्राहीले पेश गरेको आवेदन उपर छानवीन गरी योग्य लाभग्राहीको पहिचान गरी सम्बन्धित वडाले अनुसूची – २ बमोजिमको ढाँचामा यस कार्यविधिले ब्यबस्था गरे बमोजिमको सहायता उपलब्ध गराउन दफा ५ बमोजिमको समिति समक्ष सिफारिस सहित पेश गर्नु पर्नेछ ।

### परिच्छेद – ३

#### समितिको ब्यबस्था

५. **समितिको गठन:-** यस कार्यविधि बमोजिम व्यवस्था गरिएको सहायतालाई व्यवस्थित र पारदर्शी बनाउन तथा लाभग्राहीलाई कोषबाट उपचारमा सहायता प्रदान गर्न गाउँपालिकामा देहाय बमोजिमको एक अपांग, अशक्त, दिर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम परिचालन समिति रहनेछ ।

(क) गाउँपालिकाको अध्यक्ष	-	संयोजक
(ख) गाउँपालिकाको उपाध्यक्ष	-	सदस्य
(ग) प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत वा निजले तोकेको अधिकृत स्तरको कर्मचारी	-	सदस्य
(घ) आर्थिक प्रशासन शाखा प्रमुख वा निजले तोकेको लेखाको कर्मचारी	-	सदस्य
(ङ) महिला, बालबालिका तथा समाज कल्याण इकाई प्रमुख	-	सदस्य
(च) स्थानीय प्रहरी चौकी प्रमुख	-	सदस्य
(छ) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख	-	सदस्य - सचिव

६. **समितिको बैठक र निर्णय:-** (१) समितिको बैठक प्रत्येक महिनाको अन्तिम बुधबार संयोजकले तोकेको स्थानमा बस्नेछ । तर आवश्यकता अनुसार संयोजकले तोकेपछि जुनसुकै समयमा पनि बस्नेछ ।  
(२) समितिको बैठक बस्नुभन्दा कम्तिमा २४ घन्टा अगावै सदस्य – सचिवले बैठकमा छलफल हुने विषयहरुको सूची सहितको सूचना सबै सदस्यहरुलाई उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।  
(३) संयोजकले समितिको बैठकमा बढीमा दुई जना सम्म सम्बन्धित क्षेत्रका अन्य पदाधिकारीहरुलाई आमन्त्रित सदस्यको रुपमा बोलाउन सक्नेछ ।  
(४) समितिको बैठकमा तत्काल कायम रहेका सदस्य संख्याको ५१ प्रतिशत सदस्यहरु उपस्थित भएमा बैठकको लागि गणपुरक संख्या पुगेको मानिनेछ ।  
(५) समितिको बैठकको निर्णय सर्वसहमतिले मात्र हुनेछ ।  
(६) समितिले आफुलाई प्राप्त अधिकार मध्ये केही अधिकार समितिको संयोजकलाई प्रत्यायोजन गर्न सक्नेछ ।

(७) समितिको बैठकमा भाग लिए बापत् समितिका पदाधिकारीहरूलाई गाउँपालिकाबाट ब्यहोरिने गरी कार्यालयले प्रचलित कानून बमोजिमको रेटमा बैठक भत्ता उपलब्ध गराउनेछ ।

७. **समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार:-** यस कार्यविधिमा अन्यत्र लेखिएको अतिरिक्त समितिको काम कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ ।

(१) कार्यविधिको दफा ४ बमोजिम पेश भएका निवेदन उपर छलफल गरी लाभग्राहीलाई उपलब्ध गराउने सेवासुविधाको यकिन गरी कार्यालयमा सिफारिस गर्ने

(२) कार्यक्रमबाट लाभपाउने ब्यक्तिहरूको विवरण तयार गरी कार्यपालिका तथा सभा समक्ष पेश गर्ने

(३) कार्यक्रमबाट लाभपाउने ब्यक्तिहरूको बार्षिक विवरण बिभिन्न माध्यमबाट सार्वजनिक गर्ने

(४) कार्यक्रमको प्रभावकारिताको बिषयमा बिभिन्न माध्यमबाट राय, परामर्श, सल्लाह सुझाव माग गर्ने

(५) कार्यक्रमलाई दीर्घकालिन तथा प्रभावकारी बनाउनका लागि कार्यपालिकालाई राय परामर्श उपलब्ध गराउने

(६) कार्यपालिकाले तोकेको कार्यक्रम संग संबन्धित अन्य काम गर्ने

८. **कार्यक्रमबाट ब्यहोरिने खर्च:-** (१) यस कार्यविधिको अन्यत्र दफाहरूमा उल्लेख गरिएका खर्च गरिने क्षेत्र बाहेक देहाय बमोजिमको रकम कार्यालयले लाभग्राहीलाई उपलब्ध गराउनेछ ।

(क) क्यान्सरका बिरामीलाई बढीमा पचास हजार रुपैयाँ सम्म

(ख) मुटुको सर्जरी गर्नु पर्ने बिरामीलाई बढीमा पचास हजार रुपैयाँ सम्म

(ग) प्यारालाईसिसिका बिरामिलाई बढीमा तिस हजार रुपैयाँ सम्म

(घ) मृगौलाको डायलाइसिस गर्नुपर्ने बिरामीलाई बढीमा बिस हजार रुपैयाँ सम्म

(ङ) अपांग र अशक्त (रातो कार्ड प्राप्त) नागरिकहरूलाई समितिको निर्णय बमोजिम जिवनस्तरमा सुधार गर्न आवश्यक औषधि, खाद्यान्न, लत्ताकपडा वापत मासिक रु २०००/- (रु दुई हजार मात्र) उपलब्ध गराईनेछ ।

## परिच्छेद – ४

### विविध

९. **कार्यक्रमको निरन्तरता:-** गाउँपालिकाले प्रत्येक आ.ब. को गाउँसभाबाट यस कार्यविधि बमोजिम अपांग अशक्त दिर्घरोगीलाई सहयोग गर्न आवश्यक बजेटको ब्यबस्था गर्नु पर्नेछ ।

१०. **बार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन गर्नुपर्ने:-** (१) समितिले आफ्नो काम कारवाहीको वार्षिक प्रतिवेदन आर्थिक वर्ष समाप्त भएको मितिले पन्ध्र दिन भित्र कार्यापालिका समक्ष पेश गर्नु पर्दछ ।

(२) उपदफा १ बमोजिम पेश भएको प्रतिवेदन कार्यपालिकाले एक महिना भित्र सार्वजनिक गर्नु पर्दछ ।

११. **बाधा अड्काउ फुकाउन सक्ने:-** यस कार्यविधिमा लेखिएको कुनै व्यबस्था कार्यान्वयन गर्ने सम्बन्धमा कुनै द्विविधा वा बाधा अड्काउ परेमा समितिको सिफारिशमा कार्यपालिकाले आवश्यक निर्णय गरी त्यस्तो बाधा अड्काउ फुकाउने सक्नेछ ।

१२. **कार्यविधि संशोधन गर्न सक्ने:-** यस कार्यविधिलाई गाउँपालिकाले आवश्यकता महशुस गरेमा समितिको सिफारिसमा कार्यपालिकाले संशोधन गर्नेछ ।

१३.बचाउ:- यो कार्यविधि जारी हुनु भन्दा अगाडी कार्यपालिका तथा गाउँपालिकाको अध्यक्षको आदेश अनुसार भए गरेका खर्च, भुक्तानीहरु यसै कार्यविधि बमोजिम भएको मानिनेछ ।

अनुसुची – १  
कार्यविधिको दफा ३ सँग सम्बन्धित  
लाभग्राहीले पेश गर्नु पर्ने निवेदनको ढाँचा

मिति:-

श्री वडाध्यक्ष ज्यू  
..... नं. वडा कार्यालय  
सिदिङ्वा गाउँपालिका, ताप्लेजुङ ।

बिषय:- उपचारको लागि आर्थिक सहयोगको सिफारिस गरिदिनु हुन ।  
प्रस्तुत बिषयमा सिदिङ्वा गाउँपालिका वडा नं. .... बस्ने म निवेदक विगत मिति ..... देखि  
..... रोगबाट पिडित भई .....  
..... अस्पतालमा उपचार गराई रहेको/रहेकी छु । मेरो घर परिवारको आर्थिक अवस्था अत्यन्त  
कमजोर भएकोले मलाई लागेको रोगको उपचारको लागि आर्थिक सहयोग उपलब्ध गराइदिनु हुन भनि सिदिङ्वा  
गाउँपालिकाको "अपांग, अशक्त, दीर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम परिचालन समितिमा सिफारिस गरिदिनु हुन यो निवेदन पेश  
गर्दछु ।

विरामीको विवरण:-

नाम थर:- .....

बाबु/पतिको नाम थर:- .....

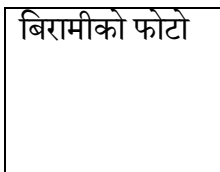
ठेगाना:- .....

ना.प्र.नं. :- .....

संलग्न कागजातहरू:

१. रोगको विवरण खुल्ने दुई महिना भित्रको सम्बन्धित अस्पतालको कागजात (ओपिडि कार्ड, ल्याव रिपोर्ट)
२. अस्पतालमा उपचाररत रहेको भनि संबन्धित अस्पतालको प्रमाणित पत्र (दुई महिना भित्रको)
३. नागरिकताको प्रमाण पत्र/जन्मदर्ताको प्रमाण पत्र
४. बसाईसराई भइ आएको भए सोको प्रमाण पत्र र विवाहित महिलाको हकमा विवाह दर्ताको प्रमाण पत्र
५. स्वास्थ्य उपचार विमा गराएको भए सो को प्रमाण पत्र
६. उपचार सँग सम्बन्धित अन्य कागजातहरू (बिल भरपाई)

विरामीको फोटो



दायाँ	बायाँ
निवेदकको ल्याप्चे	

अनुसुची – २  
कार्यविधिको दफा ४ संग सम्बन्धित  
वडा कार्यालयबाट गरिने सिफारिसको ढाँचा

सिदिङ्वा गाउँपालिका  
.... नं. वडा कार्यालय  
....., ताप्लेजुङ  
१ नं. प्रदेश नेपाल

प.सं.  
च.नं.

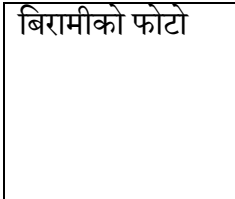
मिति:-

बिषय:- उपचारको लागि आर्थिक सहयोग गरिदिने बारे

श्री अपांग, अशक्त, दिर्घरोगि सहयोग कार्यक्रम परिचालन समिति,  
सिदिङ्वा गाउँपालिका, ताप्लेजुङ ।

प्रस्तुत बिषयमा सिदिङ्वा गाउँपालिका वडा नं. .... बस्ने श्री .....को  
नाति/नातिनि/बुहारी श्री ..... को छोरा/छोरी/पत्नि श्री  
.....मिति ..... देखि .....  
रोगबाट ग्रसित भई ..... अस्पतालमा  
उपचार गराईरहनु भएकोछ । निजको पारिवारिक आर्थिक अवस्था अत्यन्तै कमजोर भएकाले स्वास्थ्य उपचारको लागि  
सिदिङ्वा गाउँपालिकाको "अपांग, अशक्त, दिर्घरोगी सहयोग कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधि, २०७८" बमोजिम  
उपचार सहयोग रकम उपलब्ध गराईदिनु हुन तपशिलमा उल्लिखित कागजात संलग्न राखी तहाँ समिति समक्ष सिफारिस  
गरिएको ब्यहोरा अनुरोध छ ।

बिरामीको फोटो



.....  
वडाध्यक्ष

संलग्न कागजातहरू:-

रोगको विवरण खुल्ने दुई महिना भित्रको अस्पतालको कागजात, तथा सिफारिस पत्र, नागरिकताको प्रतिलिपि  
बसाईसराई, बिबाह दर्ता, स्वास्थ्य उपचार विमा कार्ड, बिल भरपाई