



नेपाल, बागमती प्रदेश, धादिङ, सिद्धलेक गाउँपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्ड ७, संख्या:५, मंसिर २८ गते, २०८० साल

सिद्धलेक गाउँपालिकाको गाउँ कार्यपालिकाले बनाएको तल लेखिए बमोजिमको कार्यविधि स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ को उपदफा (२) तथा उपदफा (३) बमोजिम आम नागरिकको जानकारीका लागि प्रकाशन गरिएको छ ।

भाग २

सिद्धलेक गाउँपालिका भित्रका जटिलतायुक्त गर्भवति र सुत्केरी महिलाहरु लाई सुत्केरी सेवा लिन स्वास्थ्य संस्थामा जाँदा एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि,

२०८०

गाउँकार्यपालिका बाट स्विकृत मिति: २०८०।०८।२८

सिद्धलेक गाउँपालिकाको प्रसूति गराउन स्वास्थ्य संस्थामा जाँदा एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८०

प्रस्तावना: प्रसूति गराउन जिल्ला तथा अन्य जिल्ला भित्रका स्वास्थ्य संस्थामा जाँदा एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने सिद्धलेक गाउँपालिकाको १३ औँ गाउँसभाको निर्णय बमोजिम यस गाउँपालिकाभित्र प्रसूति हुने महिलाहरूलाई दिइने स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी सुबिधा तथा प्रक्रियालाई सरल, सहज र पारदर्शी बनाउने तथा स्वास्थ्य संस्था बाहिर हुने असुरक्षित प्रसूतिलाई क्रमशः घटाउँदै शुन्यमा झार्ने उद्देश्यले सिद्धलेक गाउँपालिकाले स्थानीय सरकार संचालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ को उफदफा २ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी यो कार्यविधि निर्माण गरेको छ ।

परिच्छेद १

प्रारम्भिक

१. सङ्क्षिप्त नाम, विस्तार र प्रारम्भ

१.१ यस कार्यविधिको नाम: सिद्धलेक गाउँपालिकाको प्रसूति गराउन स्वास्थ्य संस्थामा जाँदा एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८० रहेको छ । छोटकरीमा प्रसूति एम्बुलेन्स सेवा कार्यविधि, २०८० भनिनेछ ।

१.२ यो कार्यविधि सिद्धलेक गाउँपालिका भित्र लागु हुनेछ ।

१.३ यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

२. परिभाषा: बिषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा:

क. पालिका भन्नाले सिद्धलेक गाउँपालिकालाई सम्झनुपर्छ ।

ख. लाभग्राही भन्नाले सिद्धलेक गाउँपालिका भित्र बसोबास गर्ने तथा स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी भएको अथवा स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिसमा अन्यत्र स्वास्थ्य संस्थामा गई सुत्केरी भएको महिलाहरूलाई सम्झनुपर्छ ।

परिच्छेद २

एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने प्रक्रिया

३. **निवेदन सम्बन्धी व्यवस्था:** धादिङ जिल्ला भित्र तथा अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूमा प्रसूति गराए वापत एम्बुलेन्स सेवा खर्च पाउनको लागि सम्बन्धित महिलाको नेपाली नागरिकता/जन्मदर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि/बर्थिङसेन्टर वा अस्पतालले जारी गरेको जन्म प्रमाणपत्रको

प्रतिलिपि/जन्मदर्ताप्रमाणपत्रको प्रतिलिपि/वडा कार्यालयको सिफारिस/स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाले प्रेषण गरेको प्रेषणकार्ड वा कागजात/एम्बुलेन्स भाडा तिरेको रसिद वा भरपाई संलग्न राखी अनुसूचि १ बमोजिमको ढाँचामा स्वास्थ्य शाखामा निवेदन दिनु पर्नेछ ।

४. **लाभग्राहीले पाउने एम्बुलेन्स सेवा वापत खर्च:** यस गाउँपालिकामा बसोबास गर्ने गर्भवती महिलाहरुले स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराउन जाँदा एम्बुलेन्स सेवा खर्च वापत स्थानीय वडाहरु बाट स्थानीय स्वास्थ्य संस्था वा वर्थिङ सेन्टर मा आउँदा जाँदाको तथा स्थानीय स्वास्थ्य संस्था बाट प्रेषण भई अन्यत्र स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालमा जाँदा एकातर्फको खर्च मात्र दिईनेछ ।

परिच्छेद ३

विविध

५. **अभिलेख:** सिद्धलेक गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखाले एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराएको लाभग्राहिको अभिलेख अनुसूची -२ बमोजिम अध्यावधिक गरेर राख्नुपर्नेछ ।

६. **पारदर्शिता कायम राख्ने:** भुक्तानी गरेको रकम र लाभग्राहीको नामावली मासिक रूपमा गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखाको सूचना पाटीमा टाँस गर्नुपर्नेछ तथा सोको जानकारी गाउँपालिकाको वेवसाईटमा समेत राख्नु पर्नेछ ।

७. **बाधा अड्काउ फुकाउने:** यो कार्यविधी कार्यन्वयनमा बाधा अड्काउ परेमा गाउँकार्यपालिकाको निर्णय बमोजिम बाधा अड्काउ फुकाउन सकिनेछ ।

अनुसूची - १

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

प्रसूती गराउन जाँदा एम्बुलेन्स सेवा वापत खर्च प्राप्त गर्नको लागि दिइने निवेदनको ढाँचा

मिति: २०८०/.../...

विषय: प्रसूती गराउन जाँदा एम्बुलेन्स सेवा वापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यू,

सिद्धलेक गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय,

बुङचुङ, धादिङ ।

प्रस्तुत विषयमा सिद्धलेक गाउँपालिका वडा नं.....गाउँ/टोल.....स्थायी ठेगाना भएको वर्ष.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ताप्रमाणपत्र नं..... भएको म.....सुत्केरी गराउन मिति.....गते.....स्वास्थ्य संस्था जाँदा पाउने एम्बुलेन्स सेवा खर्च वापतको रकम प्राप्त गर्नको लागि म स्वयं उपस्थित भई/मेरा.....नाताका.....मार्फत यो निवेदन पेश गरेको छु ।

संलग्न कागजातको सूची:

१.नेपाली नागरिकता / जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।

२.बर्थिङग सेन्टर वा अस्पतालले जारी गरेको जन्म प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।

३.जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।

४.वडा कार्यालयको सिफारिस ।

५.एम्बुलेन्स भाडा तिरेको रसिद वा भरपाई ।

६.स्थानिय स्वास्थ्य संस्था बाट प्रेषण गरेको रेफरल स्लीप / कागज

नातेदार

निवेदक/नातेदारको

भए नाता / सम्बन्ध.....

नाम:

दस्तखत:

सम्पर्क मोबाइल नं.

मिति:

