



स्थानीय राजपत्र

हरिनास गाउँपालिकाद्वारा प्रकाशित

खण्ड : ४ चित्रेभञ्ज्याङ, स्याङ्जा, फागुन १० गते, २०७७ संख्या : ७

भाग २

स्थानीय सरकार

हरिनास गाउँपालिका

चित्रेभञ्ज्याङ, स्याङ्जा गण्डकी प्रदेश, नेपाल

हरिनास गाउँपालिकाद्वारा सर्वसाधारणको लागि प्रकाशित सूचना ।

हरिनास गाउँपालिका गाउँकार्यपालिकाले बनाएको तल लेखिए सुत्केरी

सँग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम कार्यक्रम कार्यन्वयन कार्यविधि, २०७७

सर्वसाधारणको जानकारीको लागि प्रकाशन गरिएको छ ।

सुत्केरी सँग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधि,

२०७७

प्रस्तावना

हरिनास गाउँपालिकाबाट यस गाउँपालिका भित्र स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु थप गरि संचालन गर्न “सुत्केरीसँग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम” कार्यक्रमलाई व्यवस्थित रुपमा संचालन गर्नको लागि हरिनास गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाको मिति २०७७/१०/३० को बैठकले यो कार्यविधि स्वीकृत गरी जारी गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:

- क. यस कार्यविधिको नाम “हरिनास गाउँपालिकामा संचालन हुने सुत्केरीसंग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम कार्यन्वयन कार्यविधि, २०७७” रहेको छ ।
- ख. यो कार्यविधि कार्यपालिकाले निर्णय गरेको मितिबाट प्रारम्भ हुनेछ ।
२. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमार्फत “अध्यक्ष” भन्नाले क्रमशः गाउँपालिकाको अध्यक्ष सम्झनु पर्दछ ।
- ख. उपाध्यक्ष भन्नाले गाउँपालिकाको उपाध्यक्षलाई सम्झनु पर्छ ।
- ग. प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत भन्नाले गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतलाई सम्झनुपर्छ ।
- घ. स्वास्थ्य शाखा भन्नाले गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखालाई र अधिकृत भन्नाले सो शाखामा कार्यरत अधिकृत कर्मचारीलाई बुझाउदछ,
- ङ. “ऐन” भन्नाले “स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४”, सार्वजनिक खरिद ऐन २०६३ लगाएत प्रचलित ऐनहरूलाई सम्झनु पर्दछ ।
- च. “कार्यविधि” भन्नाले “हरिनास गाउँपालिकामा संचालन हुने सुत्केरीसंग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम कार्यन्वयन कार्यविधि, २०७७” सम्झनु पर्दछ ।
- छ. “कार्यालय” भन्नाले गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय सम्झनु पर्दछ ।
- ज. “स्वास्थ्य कर्मचारी” भन्नाले गाउँपालिका / स्वास्थ्य चौकी / सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई / आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा कार्यरत स्वास्थ्य सेवाका प्राविधिक कर्मचारी सम्झनु पर्दछ ।
- झ. स्वास्थ्य संस्था भन्नाले स्वास्थ्य चौकी/सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई/आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रलाई सम्झनु पर्दछ ।
- ञ. स्वास्थ्य समिति भन्नाले वडा स्थित संचालनमा रहेका स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिलाई सम्झनु पर्छ ।
- ट. कार्यक्रम भन्नाले स्वास्थ्य संग सम्बन्धित कार्यक्रमहरूलाई सम्झनु पर्छ ।
- ठ. गर्भवती भन्नाले गर्भ धारण गरेको महिलालाई सम्झनु पर्छ ।

- ढ. सुत्केरी भन्नाले बच्चा जन्मेको ९० दिन भित्रको सुत्केरी महिलालाई सम्झनुपर्छ ।
- ण. गर्भ परिक्षण भन्नाले नेपाल सरकारले तोकेको गर्भको ४ ६ ८ र ९ औं महिनामा गरिने जांचलाई बुझाउदछ ।
- त. प्रसुती केन्द्र भन्नाले नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार वा स्थानीय सरकारको अनुमतिमा मापदण्ड पुरागरी संचालमा रहेका प्रसुती केन्द्रलाई बुझाउदछ ।
- थ. दक्ष प्रसुतिकर्मी भन्नाले क्याब तालिम लिएको जनशक्तिलाई बुझाउदछ ।
- द. सुरक्षित गर्भपतन केन्द्र भन्नाले नेपाल सरकार बाटमान्यता प्राप्त जनशक्ति र स्वास्थ्य केन्द्रलाई बुझाउदछ ।
- ध. गर्भपतन सेवा भन्नाले कानुन बमोजिम गर्भको अबधि र पतन गर्न पाउने अवधिलाई बुझाउदछ ।
३. **कार्यविधि लागू हुने क्षेत्र र सेवा:** (१) स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा ११ को उपदफा (२) भ्र र स्थानीय स्वास्थ्य तथा सरसफाई ऐन २०७७ बमोजिम यो कार्यविधि स्वीकृत गरी लागू गरिएको छ ।
२. यो कार्यविधि आब २०७७/०७८ श्रावण १ गते देखि लागू हुनेछ ।
४. **कार्यक्रम (१)** यस कार्यविधि बमोजिम हरिनास गाउँपालिका संचालन हुने स्वास्थ्य क्षेत्र संग विशेष रूपमा मातृ तथा प्रजनन स्वास्थ्यको सम्बन्धित विभिन्न कार्यक्रम तालिम,स्वास्थ्य औषधि जन्य सामग्री खरिद, प्रोत्साहान,कार्यक्रम आमा सुरक्षा कार्यक्रम अन्तर्गत गर्भ जाँच सेवा, सुरक्षित प्रसुती सेवा उत्तर प्रसुतिसेवालाई थप प्रवर्दन गर्न, गर्भपतन सेवालाई सुरक्षित बनाउन आमा सुरक्षा कार्यक्रम अन्तर्गत संचालन गरिने कार्यक्रम अनुसूची (१) बमोजिम हुनेछ ।
२. स्वास्थ्य सस्थाहरुको लागि सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम संग सम्बन्धित आवश्यक पर्ने औजार उपकरणहरु फर्निचर/फर्निसिगका सामग्री खरिद गर्न सकिनेछ ।

३. मेडिकल सामाग्रीको मर्मत सम्भार/खरिदको कार्यक्रम संचालन गरिने छ ।
४. स्वास्थ्य सस्थाले अनुशुची २ क र २ ख बमोजिमको ढाँचामा प्रतिवेदन गाउँपालिकामा प्रेषण गर्नु पर्नेछ ।
५. प्रोत्साहान रकम अनुसुची ३ क ख ग बमोजिम माग गर्नु पर्नेछ ।

५ कार्यक्रम कार्यन्वयन प्रक्रिया :-

- क. दफा ४ बमोजिमको कार्यक्रम छनोट/कार्यन्वयन गर्न गाउँपालिकामा देहाय बमोजिमको एक “सुत्केरीसंग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम” कार्यक्रम छनोट समिति हुनेछ ।

प्रमुख संरक्षक गाउँपालिका	अध्यक्ष
---------------------------	---------
१. गाउँपालिका उपाध्यक्ष संयोजक
२. प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत सदस्य
४. सामाजिक बिकास समितिको संयोजक सदस्य
५. संयोजकबाट मनोनित फरक दलको समेत प्रतिनिधित्व हुनेगरी कार्यपालिका महिला सदस्य मध्येबाट कम्तिमा एक जना पर्नेगरी २ जना सदस्य
६. आर्थिक प्रशासन शाखा प्रमुख सदस्य
७. स्वास्थ्य शाखा प्रमुख सदस्य-सचिव
- ख. ५ (क) बमोजिम गठित समितिको बैठक संयोजकको सरसल्लाह बमोजिम बस्नेछ ।
- ग. समितिको बैठक सम्बन्धि कार्यविधि आफै तय गर्नेछ ।
- घ. समितिले आवश्यक ठानेमा कसैलाई बैठकमा आमन्त्रण गर्न सक्नेछ ।
- ङ. समितिबाट छनोट भै आएका दफा ४ बमोजिमका कार्यक्रमहरु कार्यलयबाट कार्यान्वयनमा लैजानु पर्नेछ ।
- च. समितिले कार्यक्रमहरु छनोट गर्दा आवश्यक ठानेमा कुनै स्वास्थ्य सस्था वा निकायसंग माग गर्न पनि सक्ने छ ।

छ. खरिद लगाएतका कार्य गाउँपालिकाको कार्यालय मार्फत हुने छ ।
ज. सम्बन्धित कार्यालयहरुबाट सम्पादन गरिएका कार्यहरु तोकिए प्रतिवेदन गर्नु पर्नेछ ।

७. **विविध:** यस कार्यविधि कार्यान्वयन क्रममा दुविधा उत्पन्न भएमा थप व्याख्या कार्यपालिकाले गर्नेछ ।

८. **खारेजी र बचाउ:-**

यस आगाडी भए गरेका कार्य यसै बमोजिम भएको मानिने छ । यस कार्यविधि प्रचलित कानूनसँग बाझिएमा बाझिएको हद सम्म स्वत अमान्य हुनेछ ।

**कार्यविधिको दफा नं.४(१) संग सम्बन्धित
अनुसूची १**

सुत्केरीसंग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रममा प्राप्त रकमबाट देहाय बमोजिमका कार्यक्रमहरु कार्यक्रम कार्यान्वयन समितिबाट छनौट गरि प्राथमिकताका आधारमा छनौट गरि संचालन गरिनेछ ।

तपशिल

क्र. सं.	कार्यक्रमको नाम	विनियोजित रकमबाट खर्च प्रतिशत %	कैफियत
१	तोकिए बमोजिमको गर्भ जांच, सुत्केरी सेवा, उत्तर सुत्केरी सेवा प्रोत्साहान कार्यक्रमको लागि आमा सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि अनुसार बराबरको रकम थप गरि प्रदान गर्न	१०	
२	प्रसुती र सो संग सम्बन्धित सामाग्री खरिद	१०	
३	आमा र बच्चको स्वास्थ्यको लागि आवश्यक पर्ने क्याल्सियम चक्की खरिद	१०	
४	संचार प्रोत्साहान कार्यक्रम	१०	
५	सुरक्षित गर्भपतन सेवाको कार्यक्रमलाइ थप प्रोत्साहान प्रति सेवा ग्राही संघीय निर्देशिकाले तोकेबमोजिमको थप अनुदान	१०	
६	आमा र नवजात शिशुको पोषण तथा आमा र नवजात शिशुको स्वास्थ्य सुरक्षा सँग सम्बन्धित सामाग्री खरिद तथा वितरण	५०	
	जम्मा	१००	

सुत्केरीसंग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधिको
बुँदा नं. ४(४) संग सम्बन्धित

अनुसूची २(क)

स्वास्थ्य सस्थाले मासिक रुपमा पेश गर्नु पर्ने प्रतिवेदन फारम
नसर्ने रोगका बिरामीको औषधि वितरण प्रतिवेदन फारम

प्रदेश:-गण्डकी जिल्ला:-स्याङ्गजा गाउँपालिका:-हरिनास वडा नं.
स्वास्थ्य सस्थाको नाम:- ठेगाना:- प्रतिवेदन महिना:-

क्र. सं.	सेवाको प्रकार	सेवाग्राहीको संख्या	खर्च रकम / सामान	कैफियत
१	गर्भ जांच सेवा			
२	सुत्केरी सेवा			
३	उत्तर प्रसुती सेवा			
४	सुरक्षित गर्भपतन सेवा			
५	क्याल्सियम चक्की वितरण		-	
६	आमा र नवजात शिशुको पोषण तथा आमा र नवजात शिशुको स्वास्थ्य सुरक्षा सँग सम्बन्धित सामाग्री खरिद तथा वितरण			

तयार पर्ने

नाम थर

पद

मिति

प्रमाणित गर्ने

नाम थर

पद

मिति

सुत्केरीसंग उपाध्यक्ष पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधिको
बुंदा नं. ४(४)संग सम्बन्धित

अनुसूची २(ख)

स्वास्थ्य चौकी /स्वास्थ्य इकाईहरुले मासिक रुपमा पेश गर्नु पर्ने प्रतिवेदन
फारम

नसर्ने रोगका विरामीको औषधि मौज्दात प्रतिवेदन फारम

प्रदेश:-गण्डकी जिल्ला:-स्याङ्गजा गाउँपालिका:-हरिनास वडा नं.

स्वास्थ्य सस्थाको नाम:- ठेगाना:- प्रतिवेदन महिना:-

क्र. सं.	औषधिको नाम, मात्रा	गत महिनाको मौज्दात	यस महिनाको प्राप्त	यस महिनाको खर्च	यस महिनाको बाँकी	EXP Date

तयार पर्ने

प्रमाणित गर्ने

नाम थर

नाम थर

पद

पद

मिति

मिति

दफा (४) उपदफा (५) संग सम्बन्धित
अनुसूची ३ क
सेवाग्राहिले प्रोत्साहान रकम माग गर्दा दिने निवेदनको ढाँचा

श्रीमान् प्रमुख ज्यु
.....स्वास्थ्य चौकी हरिनास गाउँपालिका
....., स्याङ्जा

बिषय:- प्रोत्साहान रकम सम्बन्धमा

उपरोक्त सम्बन्धमासस्थामा म ...
.....ले चार पटक गर्भ जाँच सेवा/सुत्केरी सेवा/उत्तर
प्रसुति जाँच सेवा लिएकोहुदा रकम उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध छ ।

निवेदक

दस्तखत

नाम थर

ठेगाना

सम्पर्क न

मिति

दफा (४) उपदफा (५) संग सम्बन्धित
अनुसूची ३ ख

स्वास्थ्य सस्थाले प्रोत्साहान रकम माग गर्दा दिने निवेदनको ढांचा

श्रीमान् प्रमुख ज्यु
हरिनास गाउँपालिका
चित्रे भन्ज्यांग स्यांगजा

विषय :- प्रोत्साहान रकम सम्बन्धमा

उपरोक्तसम्बन्धमासस्थामा.....
.. महिना चार पटक गर्भ जांच सेवा, सुत्केरी सेवा, उत्तर प्रसुति जांच सेवा र सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको हुँदा रकम उपलब्ध गराई दिनुहुन अनुरोध छ ।

क्र. सं.	सेवाकोप्रकार	जना	दर	जम्मा	कै
१	४ पटक गर्भ जांच सेवा		८००		
२	सुत्केरी सेवा		२०००		
३	उत्तर प्रसुती सेवा		६००		
४	सुरक्षित गर्भपतन सेवा		८००		

तयार पर्ने
दस्तखत
नाम थर
पद
मिति

प्रमाणित गर्ने
दस्तखत
नाम थर
पद
मिति

पुनश्च: रकम माग गर्दा आमा सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि बमोजिमका अनुसुचिका प्रतिलिपिहरु अनिवार्यरूपमासंलग्न राखी माग गर्नु पर्छ । अन्यथा रकम भुक्तानी गरिने छैन ।

बुँदा नं. ४(५) सँग सम्बन्धित
अनुसूची ३ (ग)

स्वास्थ्य चौकी/स्वास्थ्य इकाईहरुले मासिक रुपमा पेश गर्नु पर्ने प्रतिवेदन फारम
क्याल्सियम चक्की मौज्जात प्रतिवेदन फारम

प्रदेश:-गण्डकी जिल्ला:-स्याङ्जा गाउँपालिका:-हरिनास वडा नं.
स्वास्थ्य सस्थाको नाम:- ठेगाना:- प्रतिवेदन महिना:-

क्रं. स.	औषधिको नाम, मात्रा	गत महिनाको मौज्जात	यस महिनाको प्राप्त	यस महिनाको खर्च	यस महिनाको बाँकी	EXP Date
१	क्याल्सियम					
२	कम्ब्री प्याक					

तयार पर्ने
नाम थर
पद
मिति

प्रमाणित गर्ने
नाम थर
पद
मिति

आज्ञाले,
पर्शुराम उपाध्याय
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

