# स्थानीय राजपत्र

भाग-२

राइनास नगरपालिकाद्वारा प्रकाशित

(खण्ड ९) तीनपिप्ले, लमजुङ मितिः २०८२/०१/१२ (संख्या ३ )


स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ उपदफा (१) बमोजिम राइनास नगरपालिका, नगरकार्यपालिकाको बैठकबाट स्वीकृत भएको तल लेखिए बमोजिमको कार्यविधि सर्वसाधारणको जानकारीको लागि प्रकाशन गरिएको छ ।

## राइनास नगरपालिकाको सुत्केरी हुने महिलाको लागि निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्ने कार्यविधि, २०८२

**प्रस्तावना :**

लमजुङ जिल्लाको यस राइनास नगरपालिका क्षेत्रभित्र रहेका गर्भवती महिला सुरक्षित प्रसुतिका लागि सहज रुपमा स्वास्थ्य संस्थामा जान र आउनका लागि एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गरी व्यवस्थित गर्न आवश्यक देखिएकोले राइनास नगरपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने) ऐन, २०७८ को दफा ४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी राइनास नगर कार्यपालिकाको बैठकबाट मिति २०८२/०१/१० को बैठकबाट यो सुत्केरी हुने महिलाको लागि निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्ने कार्यविधि, २०८२ स्वीकृत गरी लागू गरिएको छ ।

### परिच्छेद १

### प्रारम्भिक

**१ सम्क्षिप्त नाम र प्रारम्भ** :१.१ यस कार्यविधिको नाम सुत्केरी हुने महिलाको लागि निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्ने कार्यविधि, २०८२ रहेको छ ।

१.२ यो कार्यपालिकाको निर्णय भएको मितिबाट प्रारम्भ हुनेछ ।

**२.०परिभाषा :** बिषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस मापदण्डमा

क. "नगरपालिका" भन्नाले राइनास नगरपालिकालाई सम्झनुपर्दछ ।

ख. "कार्यविधि" भन्नाले सुत्केरी हुने महिलाको लागि निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्ने कार्यविधि, २०८२ सम्झनुपर्दछ।

ग. "स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले राइनास नगरपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्था सम्झनुपर्दछ ।

घ. "दक्ष प्रसुतिकर्मी" भन्नाले मान्यता प्राप्त संस्थाबाट अ.न.मी. वा स्टाफ नर्स वा एम.बि.बि.स गरी मान्यता प्राप्त संस्थाबाट एस.बि.ए वा ए.एस.बि.ए तालिम प्राप्त स्वास्थकर्मी सम्झनुपर्दछ।

## परिच्छेद २

## निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्नुका उद्धेश्य तथा आधारहरु

**३.एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्नुको प्रमुख उदेश्य :**

३.१ स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती सेवा लिन सहज यातायात वा एम्बुलेन्स सेवाको पहुचमा नभएकाले घरैमा सुत्केरी हुने महिलाको स्वास्थ संस्थामा पहुँच बढाउने ।

३.२ घरमा सुकेरी हुदा हुने मातृ मृत्यको जोखिम लाई न्यूनीकरण गर्ने ।

**४ एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्ने आधारहरु :**

देहायबमोजिम आधारमा स्वास्थ संस्थामा सुत्केरी हुने महिलाका लागि निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गरिनेछ ।

४.१ राइनास नगरपालिका अन्तर्गत रहेका मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य संस्था (बर्थिंग सेन्टर) मा दक्ष प्रसुतिकर्मिको सहयोगमा प्रसुती सेवा लिएको हुनुपर्ने ।

४.२ अनुसूची १ अनुसार नियमानुसार आबेदन पेश गरेको हुनुपर्ने ।

४.३ नगरपालिका भित्रको स्थायी बासिन्दा हुनुपर्ने।

**५ एम्बुलेन्स/यातायात खर्च प्रदान गर्ने प्रक्रिया :**

५.१ राइनास नगरपालिका भित्र रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सुत्केरी हुने महिलालाई सम्बन्धित सुत्केरी सेवा लिएको स्वास्थ्य संस्था मार्फत सोधभर्ना रकम उपलब्ध गराउने ।

५.२ सुत्केरी हुन स्वास्थ्य संस्थामा जाने महिलालाई एम्बुलेन्स/यातायात खर्च बापत निम्नानुसारले सोधभर्ना रकम उपलब्ध गराउने ।

| क्र.सं. | वडा नं. | स्वास्थ्य संस्था | रकम | कैफियत |
|---|---|---|---|---|
| १ | १ | चक्रतिर्थ स्वास्थ्य चौकी | २००० | |
| | | प्यारजुङ स्वास्थ्य चौकी | १५०० | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| २ | २ | चक्रतिर्थ स्वास्थ्य चौकी | २००० | |
| | | प्यारजुङ स्वास्थ्य चौकी | १५०० | |
| ३ | ३ | चक्रतिर्थ स्वास्थ्य चौकी | १५०० | |
| ४ | ४ | चक्रतिर्थ स्वास्थ्य चौकी | १००० | |
| ५ | ५ | चक्रतिर्थ स्वास्थ्य चौकी | १००० | |
| | | धमिलिकुवा स्वास्थ्य चौकी | १००० | |
| ६ | ६ | धमिलिकुवा स्वास्थ्य चौकी | १००० | |
| ७ | ७ | धमिलिकुवा स्वास्थ्य चौकी | १५०० | |
| ८ | ८ | तार्कुघाट स्वास्थ्य चौकी | १००० | |
| ९ | ९ | तार्कुघाट स्वास्थ्य चौकी | २००० | |
| | | प्यारजुङ स्वास्थ्य चौकी | २००० | |
| १० | १० | प्यारजुङ स्वास्थ्य चौकी | १००० | |
| | | चक्रतिर्थ स्वाथ्य चौकी | २५०० | |
| | | तार्कुघाट स्वास्थ्य चौकी | २५०० | |

अनुसूची १

निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्चको आबेदन फारम

राइनास नगरपालिका

मिति ....................

श्रीमान् स्वास्थ्य चौकी प्रमुखज्यू

.......................................

मैले ..............................स्वास्थ्य चौकीमा प्रसुती सेवा लिएकाले रानास नगरपालिका मार्फत प्रादान हुने स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने महिलालाई निशुल्क एम्बुलेन्स/यातायात खर्च रकम उपलब्ध गराई दिनुहुन तपशिलका कागजात संलग्न राखी यो निबेदन पेश गरेको छु ।

संलग्न कागजात

१. स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती सेवा लिएको प्रमाण खुल्ने कागजात
२. नागरिकताको प्रतिलिपि

निबेदाकाको

नाम थरः प्रसुती भएको मितिः

उमेरः स्वास्थ्य संस्थाको नामः

दस्तखतः सम्पर्क नम्बरः

.................................................................................................................................

एम्बुलेन्स/यातायात खर्च रकम प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले भर्नेः

प्रसुती भएको मितिः स्वास्थ्य संस्थाको नामः

रुजु गर्नेको नाम थरः प्रमाणित गर्नेको नाम थरः

पदः पदः

दस्तखतः दस्तखतः

मितिः कार्यालयको छापः

**<u>आज्ञाले</u>**

धनेश्वर पौडेल

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत