गुल्मीदरबार गाउँपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्ड : ७ संख्या : ६ पुस २३, २०८१

भाग-२

अति विपन्न नागरिकको लागि निःशुल्क एम्बुलेन्स सेवा सम्बन्धी कार्यविधि, २०८१

कार्यपालिकाबाट स्वीकृत मितिः २०८१/०९/२३

प्रमाणीकरण मितिः २०८१/०९/२३

प्रस्तावना: गाउँपालिकामा बसोबास गर्ने अति विपन्न नागरिकहरुलाई समयमा स्वास्थ्य उपचारमा पहुँच पुर्याई सवै नागरिकको बाँच्न पाउने अधिकारलाई सुनिश्चित गर्दै स्वस्थ्य समाज निर्माण गर्न स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ को दफा १०२ को उपदफा (२) को प्रयोजननार्थ गुल्मीदरबार गाउँपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने) ऐन, २०७६ को दफा (४) बमोजिमको अधिकार प्रयोग गरि गाउँ कार्यपालिकाले यो कार्यविधि जारी गरेको छ ।

भाग-१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भिकः (१) यो कार्यविधिको नाम **"अति विपन्न नागरिकको लागि निःशुल्क एम्बुलेन्स सेवा सम्बन्धी कार्यविधि"** रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि कार्यपालिकाबाट स्वीकृत भएपश्चात लागू हुनेछ ।

२. परिभाषाः विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा:-

(क) **"ऐन"** भन्नाले स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ सम्झनुपर्छ ।

(ख) **"कार्यपालिका"** भन्नाले संविधानको धारा २१५ बमोजिम गठन भएको गाउँ कार्यपालिकालाई सम्झनुपर्छ।

(ग) **"अध्यक्ष"** भन्नाले गुल्मीदरबार गाउँपालिकाको अध्यक्ष सम्झनु पर्छ ।

(घ) **"कार्यालय"** भन्नाले गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय सम्झनु पर्छ र सो शब्दले गाउँपालिका अन्तर्गतका वडा कार्यालय, स्वास्थ्य संस्थालाई बुझाउने छ।

(ङ) **"प्रमूख प्रशासकीय अधिकृत"** भन्नाले स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ दफा ८४ वमोजिमको प्रमूख प्रशासकीय अधिकृत सम्झनु पर्छ ।

(च) **"स्वास्थ्य परीक्षण"** भन्नाले विरामी अवस्थामा गाउँपालिकाको स्वास्थ संस्थामा नियमित स्वास्थ परीक्षण गरेको भन्ने सम्झनु पर्छ ।

(छ) **"यातायात"** भन्नाले गाउँपालिकाका अति विपन्न नागरिकहरुले विस्तृत उपचारको लागि अन्यत्र अस्पतालमा प्रेषण भएकोमा यातायात सेवा उपलब्ध गराउन प्रयोग गरिएको एम्बुलेन्स वा अन्य कुनै सवारी साधनलाई बुझाउने छ ।

(ज) अति बिपन्न परिवार भन्नाले नेपाला सरकारद्वारा अति विपन्नको सुचिमा परेका तथा वडाले सिफारिस गरेका स्वघोषित बिपन्न परिवारको व्यक्तिलाई बुझिनेछ ।

भाग- २

अति विपन्न नागरिकको लागि निःशुल्क एम्बुलेन्स तथा यातायात सुविधा

३. एम्बुलेन्स सुविधाको लागि आधार :

(१) यस कार्यविधि बमोजिम निःशुल्क एम्बुलेन्स सुविधा प्राप्त गर्नको लागि गाउँपालिकाका विपन्न नागरिकको सूचीमा परेका व्यक्तिले आफू अति विपन्न परिवारको नागरिक भएको स्वघोषणा गर्नुपर्नेछ ।

(२) अति विपन्नहरुको लागि एम्वुलेन्स सुविधा प्राप्त गर्नको लागि नजिकको अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थामा उपचार सम्भव नभएको भनि सो संस्थाबाट प्रेषण भएको हुनुपर्नेछ ।

४. निःशुल्क एम्बुलेन्स सुविधा उपलब्ध :

(१) गुल्मीदरबार गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय अन्तर्गत संचालनमा रहेको एम्बुलेन्स मार्फत गाउँपालिकाका अति बिपन्न नागरिकहरुलाई औषधि उपचार गर्न जाने स्थानको लागि देहाय बमोजिम निःशुल्क सेवा उपलब्ध हुनेछ ।

क) गाउँपालिकाद्वारा संचालित अस्पतालको लागि दुईतर्फि।

ख) गाउँपालिकाको अस्पतालमा उपचार सम्भव नहुनेलाई चिकित्सक वा स्वास्थ्यकर्मीको प्रेषणको आधारमा गाउँपालिका बाहिर अधिकतम रुपन्देही जिल्लाको भैरहवासम्म एकातर्फि।

(२) निःशुल्क एम्बुलेन्स सुविधा प्राप्त गर्न अनुसूची १ बमोजिमको निवेदन र निवेदन साथ तोकिएका कागजात पेश गर्नुपर्नेछ। निवेदनको ढाँचा एम्बुलेन्समै उपलब्ध हुने व्यवस्था मिलाईनेछ ।

(३) उपदफा (१) बमोजिमको सुविधा उपलब्ध गराउँदा प्राप्त निवेदनहरुको आधारमा एम्बुलेन्समा खर्च हुने इन्धन तथा सामान्य मर्मत वापतको रकम गाउँपालिकाको विपन्न वर्ग विशेष कार्यक्रम वापत विनियोजन भएको बजेट मार्फत भुक्तानी गरिनेछ ।

(४) उपदफा (१) बमोजिमको सुविधा उपलब्ध गराउँदा एम्बुलेन्स चालकलाई नियमित भाडा दरको १० प्रतिशत हुन आउने रकम प्रोत्सहान बापतको उपलब्ध गराईनेछ।

(५) गाउँपालिकाका विपन्न नागरिकले निःशुल्क एम्बुलेन्स सेवा माग गरेमा चालकले दफा ६ बमोजिमको सहजिकरण समितिका कुनै एक सदस्यलाई जानकारी गराउनु पर्नेछ।

५. यातायात सुविधाको रकम उपलब्ध हुने :

(१) गाउँपालिकाद्वारा संचालित एम्बुलेन्स उपलब्ध हुन नसकी अन्य निकायद्वारा संचालित एम्बुलेन्स वा अन्य यातायातको साधन प्रयोग गर्नु परेमा गुल्मीदरबार गाउँपालिकाका अति विपन्न नागरिकहरुले औषधि उपचारको लागि यातायात सेवा वापतको रकम प्राप्त गर्न देहाय बमोजिमको प्रकृया पुरा गर्नुपर्नेछ ।

(क) उपचारको लागि गाउँपालिकाको स्वास्थ संस्थामा जानुपर्नेछ ।

(ख) गाउँपालिकाको स्वास्थ संस्थामा उपचार हुन नसक्ने अवस्था देखिएमा स्वास्थकर्मीको परामर्शमा नजिकको मेडिकल अधिकृत भएको अस्पतालबाट सेवा लिने, यदि सो अस्पतालबाट समेत उपचार हुन नसकी अन्यत्र रिफर गर्नुपरेमा अस्पतालमा कार्यरत मेडिकल अधिकृतद्वारा प्रेषण भई जानुपर्नेछ।

(ग) मेडिकल अधिकृतद्वारा प्रेषण गरेको कागजात संलग्न गर्नुपर्नेछ ।

(घ) अन्य सवारी साधन प्रयोग गरेकोको अवस्थामा प्रचलित नियानुसार भाडा तिरेको भरपाई संलग्न गर्नुपर्नेछ ।

(ङ) अनुसूची २ बमोजिमको ढाँचा र आवश्यक कागजात संलग्न गरी दफा ६ बमोजिमको समितिको सिफारिसमा निवेदकको खातामा रकम जम्मा गर्ने व्यवस्था गाउँपालिकाले गर्नेछ ।

६. सहजिकरण समिति : अति विपन्न नागरिकहरुका लागि निःशुल्क एम्बुलेन्स सेवा प्रयोगलाई प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गर्न देहाय बमोजिमको सहजिकरण समिति रहनेछ ।

संयोजक : गाउँपालिका अध्यक्ष

सदस्य : उपाध्यक्ष

सदस्य : प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

सदस्य : सामाजिक विकास समिति संयोजक

सदस्य सचिव : स्वास्थ शाखा प्रमुख

७. समितिको काम कर्तव्य र अधिकार

(क) गाउँपालिकाका विपन्न नागरिकले एम्बुलेन्स प्रयोग गरेकोमा चालकले पेश गरेका कागजातहरु उपर छानविन गरी अनुमोदन गर्ने।

(ख) विपन्न नागरिकहरुको उपचारमा खर्च भएको यातायात खर्चको लागि प्राप्त निवेदनहरुको छानविन गरि भुक्तानीको लागि सिफारिस गर्ने।

(ग) यातायात सुविधा उपलब्ध गराउन कुनै समस्या देखिएमा आवश्यक सुझाव सहित कार्यपालिकामा पेश गर्ने।

(घ) गलत विवरण तयार गरी पेश गरेका निवेदन उपर कानुनी कारवाहीको लागि सिपारिस गर्ने।

<u>भाग ३</u>

<u>विविध</u>

८. संशोधन : यो कार्यविधिमा संशोधन गर्नुपरेमा गाउँ कार्यपालिकाको निर्णय अनुसार आवश्यक संशोधन गर्न सकिने छ ।

९. खारेजी र बचाउः

(क) यो कार्यविधि संघीय र प्रदेश ऐन, नियमावली तथा कार्यविधिहरुसँग बाँझिएमा बाझिएको हदसम्म अमान्य हुनेछ ।

(ख) यो कार्यविधि जारी हुनु भन्दा अगाडि भए गरेका काम कारबाहीहरु यसै कार्यविधि बमोजिम भए गरेको मानिनेछ।

अनुसूची १

(दफा ४ (१) संग सम्बन्धित)
(अति विपन्न नागरिकहरुको लागि निशुल्क एम्बुलेन्स सूविधा लिन पेश गर्नुपर्ने निवेदनको ढाँचा)

मिति : ....

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यू
गुल्मीदरबार गाउँपालिका
गौडाकोट गुल्मी ।

विषय : नि:शुल्क एम्बुलेन्स सुविधा सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा गुल्मीदरबार गाउँपालिका वडा नं..... टोल........................ मा बस्ने ....को नाति/नातिनी .... को छोरा/छोरी वर्ष......को म .... गाउँपालिकाको .... स्वास्थ संस्थामा औषधि उपचार गराईरहेकोमा उक्त संस्थामा उपचार हुन सम्भव नभएको हुँदा थप उपचारको लागि ....अस्पतालमा रिफर भई जानु पर्ने हुँदा त्यस कार्यालयको एम्बुलेन्स ....स्थान देखि ....स्थान सम्मको लागि उपलब्ध गराईदिनु हुन अनुरोध गर्दछु ।

दस्तखत :

नाम थर :

सम्पर्क नम्बर :

एम्बुलेन्स चालकले भर्नुपर्ने :

.... स्थान देखि .... स्थान सम्म
एम्बुलेन्स संचालन गर्दा .... कि.मि. सवारी संचालन भएको ।

एम्बुलेन्स चालकको नाम : दस्तखत :

मिति :

संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरु

१) अस्पतालमा कार्यरत मेडिकल अधिकृतद्वारा गरिएको प्रेषणपत्र,

२) सम्वन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र

४) अनुसूची २ बमोजिम निवेदक आफु अति विपन्न भएको स्वघोषणा

अनुसूची २

(दफा ५ (१) (च) संग सम्बन्धित)

(अति विपन्न नागरिकको औषधिउपचारको लागि यातायात सुविधा लिन पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा)

मिति : ....

श्रीमान् प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतज्यू
गुल्मीदरबार गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
गौडाकोट गुल्मी ।

विषय : अति विपन्न नागरिकहरुको औषधिउपचारको लागि प्रयोग गरिएको यातायात वापतको रकम भुक्तानी पाउँ ।

प्रस्तुत विषयमा गुल्मीदरबार गाउँपालिका वडा नं. .... टोल .... मा बस्ने .... को पत्नी वर्ष ...... को म .... गाउँपालिकाको .... स्वास्थ संस्थामा नियमित गर्भ परीक्षण गराईरहेको अवस्थामा उपचारको लागि गाउँपालिकाको .... स्वास्थ्य चौकीमा उपचार हुन नसकी .... अस्पतालमा रिफर भई उपचार भएको हुँदा गाउँपालिकाको नियमानुसार यातायात सुविधा उपलब्ध गराईदिनु हुन देहाय बमोजिमका काजगातहरु संलग्न गरी पेश गरेको छु ।

दस्तखत :

नाम थर :

सम्पर्क नम्बर :

खाता रहेको बैंकको नाम :

बैंक खाता नः

संलग्न कागजातहरु :

१. वडा कार्यालयको सिफारिस
२. अस्पतालमा कार्यरत मेडिकल अधिकृतद्वारा गरिएको प्रेषण पुर्जा।
३. सवारी साधनको भाडा रकम तिरेको बिल भरपाई ।
४. अति विपन्न नागरिक भएको स्वघोषणा पत्र।

अनुसूची ३

(दफा ४ (२) संग सम्बन्धित)

(अति विपन्न नागरिकको स्वघोषणा)

मिति : ....

विषय : अति विपन्न नागरिक भएको स्वघोषणा ।

प्रस्तुत विषयमा गुल्मीदरबार गाउँपालिका वडा नं. .... टोल .... मा बस्ने .... को नाति/नातिनी .... को छोरा/छोरी वर्ष ...... को म ....को कुनै आम्दानीको श्रोत नभएको र अति बिपन्न परिवारको नागरिक भएको स्वघोषणा गर्दछु । झुठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहने छु।

दस्तखत :

नाम थर :

सम्पर्क नम्बर :

ठेगाना :