

## अनुसूची २

(दफा ४ तथा अनुसूची-१ को भाग-२ सँग सम्बन्धित)



चौरजहारी नगरपालिका

## स्थानीय राजपत्र

खण्ड : ६

संख्या : ९

मिति : २०७९/०५/२३

भाग-२

चौरजहारी नगरपालिका

प्रमाणित मिति :- २०७९/०५/२४

गरिव, विपन्न दलित, अल्पसङ्ख्यक, शहीद र जनयुद्धका घाइते परिवार स्वास्थ्य बीमा  
कार्यक्रम कार्यविधि, २०७९

प्रस्तावना : नेपालको संविधानले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक हकको कार्यान्वयनको प्रत्याभूति दिलाउनुको साथै चौरजहारी नगरपालिकाका आर्थिक रूपले गरिव र विपन्न दलितका साथै अल्पसङ्ख्यक, शहीद परिवार र जनयुद्धका घाइते नागरिकहरूको गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपयोगको अवस्था सुनिश्चित गर्न वाञ्छनीय भएकोले, चौरजहारी नगरपालिकाले नगरपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि नियमित गर्ने ऐन, २०७४ को दफा ४ उपदफा (१) ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी यो कार्यविधि जारी गरी लागू गरेको छ।

### १. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :

(१) यस कार्यविधिको नाम : चौरजहारी नगरपालिकाको विपन्न घरपरिवार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यविधि, २०७९ रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

२. परिभाषा : विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,

(१) 'नगरपालिका' भन्नाले चौरजहारी नगरपालिका सम्झनुपर्छ ।

(२) 'प्रमुख' भन्नाले चौरजहारी नगरपालिकाको नगर प्रमुखलाई सम्झनुपर्छ ।

(३) 'छनोट समिति' भन्नाले चौरजहारी नगरपालिकाको वडा स्तरीय छनोट समिति सम्झनुपर्छ ।

(४) 'वडा समिति' भन्नाले चौरजहारी नगरपालिकाको सम्बन्धित वडा समिति सम्झनुपर्छ ।

(५) 'कार्यालय' भन्नाले चौरजहारी नगरपालिका, नगर कार्यपालिकाको कार्यालयलाई सम्झनुपर्छ ।

(६) 'शहीद परिवार' भन्नाले सशस्त्र द्वन्द्वको समयमा राज्य पक्षबाट ज्यान गुमाएका शहीदका श्रीमान / श्रीमती, आमा, बुवा, छोरा र छोरीलाई जनाउनेछ ।

३. स्वास्थ्य बीमाका लागि आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्ने लाभग्राही : (१) आर्थिक रुपमा अति विपन्न देहायबमोजिमका चौरजहारी नगरपालिका क्षेत्रभित्र स्थायी बसोबास गर्ने नेपाली नागरिकको परिवारलाई स्वास्थ्य बीमाका लागि आर्थिक सहायता स्वरूप स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग सम्झौता गरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गरिनेछ ।

(क) नेपाली नागरिक ।

(ख) चौरजहारी नगरपालिकाभित्र स्थायी बसोबास गरेको ।

(ग) आफ्नै उत्पादनले तीन महिना सम्म खाना नपुग्ने ।

(घ) वार्षिक रुपमा १ लाख ५० हजार आम्दानी गर्न नसक्ने ।

(ङ) जनयुद्धका क्रममा शहीद भएको ।

(च) जनयुद्धमा संलग्न भइ घाइते भएको ।

(२) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि देहायको परिवारले त्यस्तो सहायता प्राप्त गर्न सक्ने छैन :

(क) निवेदकको एकाघरका कुनै सदस्यले सरकारी, निजी वा अन्य कुनै सङ्घसंस्थामा स्थायी, अस्थायी वा करारमा रोजगारीको अवसर प्राप्त गरी आयआर्जन गरिरहेको,

(ख) परिवारको कुनै सदस्यले नेपाल सरकारबाट उपलब्ध हुने पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्थाबाट निवृत्तभरण वा विदेशी सरकारबाट पेन्सन सुविधा प्राप्त गरिरहेको,

४. लाभग्राहीको सङ्ख्या निर्धारण : (१) चौरजहारी नगरपालिका क्षेत्रभित्रका लाभग्राहीको अधिकतम सङ्ख्या वडामा रहेको कुल परिवार सङ्ख्या, मानव विकास सूचाङ्क र सामाजिक

आर्थिक असमानता समेतलाई ख्याल गरी नगर कार्यपालिकाको कार्यालयले निर्धारण बमोजिम हुनेछ ।

- (२) लक्षित परिवारलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्न नगर प्रमुखलाई विशेष कोटा हुनेछ ।
- (३) उपदफा (२) बमोजिम विशेष कोटाबाट स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्न वडा छनोट समितिले वैकल्पिक सूचीमा राखेका परिवारबाट छनोट गर्नुपर्नेछ ।

**५. सूचना आह्वान र निवेदन पेस :** (१) दफा ३ बमोजिमको अवस्थामा रहेको परिवारको सदस्यले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका लागि आर्थिक सहायता प्राप्त गर्न सात दिनको समय दिइ नगर कार्यपालिकाको कार्यालयले सार्वजनिक सूचना प्रकाशन गर्नुपर्नेछ । त्यस्तो सूचना नगर कार्यपालिका र वडा कार्यालयको सूचना पाटीमा टाँस गर्नुका साथै नगर कार्यपालिकाको वेवसाइट र स्थानीय एफ.एम. रेडियोबाट समेत प्रकाशन र प्रसारण गर्नुपर्नेछ ।

- (२) दफा ३ बमोजिमको परिवारले सहायता पाउनका लागि उपदफा (१) बमोजिम प्रकाशित सूचनामा तोकिएको अवधिभित्र आफ्नो नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपिसहित अनुसूची १ बमोजिमको ढाँचामा सम्बन्धित वडा कार्यालयमा निवेदन दिनुपर्नेछ ।
- (३) उपदफा (२) बमोजिम आफैले निवेदन फाराम भर्न नसक्ने वा नजान्ने अवस्थाको निवेदकको हकमा निज बसोबास गरेको वडा कार्यालयले आवश्यक सहजीकरण गरिदिनुपर्नेछ ।

**६. निवेदन उपर कारबाही र रकम निकासी :** (१) दफा ५ बमोजिम पेस भएका निवेदन उपर निवेदन पेस गर्ने मिति सकिएको तीन दिनभित्र सम्बन्धित वडाको छनोट समितिले निवेदक स्वास्थ्य बीमाका लागि योगदान रकम पाउन योग्य भए नभएको अनुसूची २ मा तोकिएको मापदण्ड र प्राप्ताङ्कका आधारमा निर्धारित सङ्ख्यामा रहेर यकिन गरी निर्णय गर्नुपर्नेछ ।

- (२) स्वास्थ्य बीमाका लागि योगदान रकम सहायता पाउने घरपरिवारको निर्धारित वडा सङ्ख्याको २० प्रतिशत वैकल्पिक सूची समेत तयार गर्नुपर्नेछ ।
- (३) उपदफा (१) बमोजिम परीक्षण गर्दा स्वास्थ्य बीमाका लागि आर्थिक सहायता प्राप्त गर्न योग्य नरहेको पाइएमा वडास्तरीय छनोट समितिले त्यस्तो निवेदन अस्वीकृत गर्न सक्नेछ ।
- (४) उपदफा १ बमोजिम छनोट भएका लाभग्राहीहरूको विवरण वडा कार्यालयले सूचना पाटी र सामाजिक सञ्चालमा समेत सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ ।
- (५) उपदफा (३) बमोजिम सार्वजनिक गरिएको सूचीमा समावेश भएको कुनै निवेदको परिवार यस कार्यविधिबमोजिम स्वास्थ्य बीमाका लागि सहायता प्राप्त गर्न अयोग्य हो भनी तोकिएको अवधि भित्र कसैले दावी विरोध पेस गरेमा तत् सम्बन्धी प्राप्त दाबी विरोधको निवेदन दिन सक्नेछ ।

- (६) दावी विरोध गर्ने अवधी सकिएको तीन दिन भित्र दावी विरोध सही भए नभएको वडा छनोट समितिको निर्णय गरी योगदान रकम प्राप्त गर्ने लाभग्राहीको विवरणमा हेरफेर गर्न सक्नेछ ।
- (७) दफा (५) समेतका आधारमा वडा सचिवले स्वास्थ्य बीमाका लागि योगदान रकम प्राप्त गर्ने लाभग्राहीको अन्तिम विवरण नगर कार्यपालिकाको कार्यालयमा पेस गर्नुपर्नेछ ।
- (८) उपदफा (५) बमोजिम वडा कार्यालयबाट प्राप्त लाभग्राहीको विवरण अनुसार स्वास्थ्य बीमाका लागि आवश्यकपर्ने योगदान रकम स्वास्थ्य बीमा बोर्डसँग सम्झौता गरी नगर कार्यपालिकाको कार्यालयले भुक्तानी गर्नेछ ।

७. वडा स्तरीय छनोट समिति :(१) वडा स्तरीय स्वास्थ्य बीमा लाभग्राही छनोट गर्न देहायबमोजिमको समिति रहनेछ ।

वडा अध्यक्ष	-	संयोजक
सम्बन्धित वडाका वडा सदस्यहरू	-	सदस्य
वडा सचिव	-	सदस्य सचिव

(२) बीमा लाभग्राहीको सिफारिस प्रयोजनका लागि समितिले थप परामर्शको आवश्यकता महसुस गरेमा सम्बन्धित कुनै व्यक्ति वा विज्ञलाई आमन्त्रित सदस्यको रूपमा राख्न सक्नेछ ।

८. वडा स्तरीय सिफारिस समितिको काम, कर्तव्य तथा अधिकार : वडा स्तरीय बीमा लाभग्राही सिफारिस समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहायबमोजिम हुनेछ :

- (क) वडाभित्र सङ्कलन भएका बीमा आवेदनहरू रितपूर्वकका भए नभएको जाँच गर्ने,
- (ख) सर्त पूरा नगरेका अयोग्य आवेदनहरू सम्बन्धित आवेदकलाई कारण अस्वीकृत गर्ने,
- (ग) समितिले छनोट गरेका लाभग्राहीको नामावली प्रकाशन, दावी विरोध र अन्तिम नामावली प्रकाशन गरी नगर कार्यपालिकाको कार्यालयमा पठाउने ।
- (घ) दर्ता सहयोगी वा तोकिएको कर्मचारीमार्फत् बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्न आवश्यक समन्वय र सहकार्यको प्रबन्ध मिलाउने ।

९. सम्झौता: नगर कार्यपालिकाको कार्यालय र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बीच अनुसूची ३ बमोजिम सम्झौता गर्नुपर्नेछ ।

१०. **विविध :** (१) यस कार्यविधिमा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि नगरपालिकाले स्वीकृत गरेको बजेटले तोकिएको लक्षित वर्गलाई यो कार्यक्रमबाट समेटेपछि पनि बजेट बचत हुन गएमा निश्चित आधारहरू तय गरेर लक्षित वर्गको दायरा बिस्तार गरी कार्यक्रम सञ्चालन गर्न सकिनेछ ।
- (२) यो स्वास्थ्य बीमा सहयोग कार्यक्रमका कुनै सम्भावित लाभग्राहीको नाम छुट हुन गएको, दोहोरो परेको वा कुनै कारणले नाम समावेश हुन नसकेको सम्बन्धमा गुनासो भएमा त्यसको सुनुवाइ नगर प्रमुखबाट हुनेछ ।
- (३) गुनासो सुनुवाइ गरी नगर प्रमुखले गरेको निर्णय नै अन्तिम हुनेछ ।
- (४) नगरपालिकाद्वारा यस कार्यविधिका दफाहरूलाई संशोधन वा थपघट गर्न सकिनेछ ।

#### अनुसूची-१

(कार्यविधिको दफा ५ सँग सम्बन्धित)

योगदान रकम लाभग्राही आवेदन फारम

श्री वडा अध्यक्ष

.....नं. वडा कार्यालय

चौरजहारी नगरपालिका, रुकुम (पश्चिम) ।

**विषय : स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको लाभग्राही हुन पाऊं ।**

चौरजहारी नगरपालिकाको आर्थिक वर्ष २०..... मा स्वीकृत विपन्न घरपरिवार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यान्वयनका लागि नगर कार्यपालिकाको मिति २०...../...../ .... गते प्रकाशित सूचना अनुसार विपन्न घरपरिवार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममार्फत् बीमा लाभग्राही हुनका लागि आफूलाई योग्य ठानी यो आवेदन पेस गरेको छु । आवश्यक कागजात प्रमाणहरू यसैसाथ संलग्न छन् र यसमा लेखिएको विवरण सही सत्य छन्, झुट्टा ठहरे कानुनबमोजिम सहुँला बुझाउँला भनि स्व:घोषणा समेत गर्दछु ।

परिवारका सदस्यहरूको नामावली

सि.नं.	लाभग्राहीहरूको पूरा नामथर	उमेर	आवेदकसँगको नाता
१			
२			
३			
४			
५			
६			
७			
८			

आवेदकको

नाम थर :

ठेगाना :

हस्ताक्षर :

मोबाइल :

संलग्न कागजात

१. आवेदन फाराम,
२. आवेदकको नागरिकता प्रमाणपत्रको फोटोकपी,
३. स्थायी ठेगाना खुल्ने कागजात (नागरिकतामा उल्लिखित स्थायी ठेगाना हालको भन्दा फरक भएमा )
४. शहीद र घाइते परिवारको हकमा यस अघि नेपाल सरकारबाट राहत प्राप्त गरेको कुनै प्रमाण खुल्ने कागज ।

अनुसूची -२

(कार्यविधिको दफा ६ (१) सँग सम्बन्धित)

विपन्न परिवार वर्गीकरणका सूचकहरु

स्वास्थ्य बीमा लाभग्राही मूल्याङ्कन फाराम

क्र.स.	आवेदकको नामथर	सूचक र प्राप्ताङ्क														जम्मा प्राप्ताङ्क	कैफियत	
		आवास			जग्गा			शिक्षा			शौचालय			वार्षिक आमदानी				
		पक्की	अर्ध पक्की	कच्ची	खेत र बारी दुवै	बारी मात्र	दुबै नभएको	निजी विद्यालय मा पढ्दै	सरकारी विद्यालय मा पढ्दै	गरिबी का कारण बिचैमा पढाइ छुटेका	पक्की	मध्यम	अति सामान्य	१ लाख ५० हजार	१ लाख			५० हजार
		५ - १०	११- १५	१६- २०	५ - १०	११- १५	१६- २०	५ - १०	११- १५	१६- २०	५ - १०	११- १५	१६- २०	५ - १०	११- १५	१६- २०		

मूल्याङ्कन समितिको नामथर र  
सही

अनुसूची – ३

(दफा ६ को उपदफा (६) सँग सम्बन्धित)

चौरजहारी नगरपालिका र स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बिचको सम्झौता पत्र

चौरजहारी नगर कार्यपालिका (यस पछि पहिलो पक्ष भनिने ) र नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड (यसपछि दोस्रो पक्ष भनिने) बीच गरिब, विपन्न दलित, अल्पसङ्ख्यक, शहीद र जनयुद्धका घाईते परिवार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कार्यविधि, २०७९ र चौरजहारी नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको मिति .....को निर्णयबमोजिम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्न देहायको सर्तको अधिनमा रही सम्झौता गर्न मन्जुर भएकोले यस सम्झौतामा सही छाप गरि लियो / दियो ।

सर्तहरू

१. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम भन्नाले स्वास्थ्य बिमा, ऐन २०७४ बमोजिम नेपाल सरकारले सञ्चालनमा ल्याएको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम मात्र बुझनुपर्नेछ ।
२. नगर कार्यपालिकाबाट छनोट भएका लाभग्राहीहरूको हकमा मात्र यो सम्झौता लागू गर्नेछ ।
३. प्रथम पक्षले उपलब्ध गराएको विवरणको आधारमा आर्थिक वर्ष .....को लागि .....(अक्षरमा... ) परिवारलाई दोस्रो पक्षले प्रति परिवार ..... जनालाई मात्र स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा आवद्ध गर्नुपर्नेछ ।
४. प्रथम पक्षले प्रति परिवार (५ जना सदस्य) हरूको स्वास्थ्य बिमा ऐन, २०७४ र नियमावली बमोजिम प्रतिपरिवार .... का दरले हुन आउने रकम उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।
५. सम्झौताबमोजिम दोस्रो पक्षले योगदान रकम पाउने परिवार सङ्ख्याको आधारमा बिल पेस गरेबमोजिम पहिलो पक्षले दोस्रो पक्षलाई भुक्तानी गर्नुपर्नेछ ।
६. प्रथम पक्ष र सम्बन्धित लाभग्राहीले स्वास्थ्य बिमाको बारेमा सोधपुछ वा प्रतिक्रिया लिन चाहेमा दोस्रो पक्षले त्यस्तो कार्यमा सहयोग पुऱ्याउनुपर्नेछ ।
७. प्रथम पक्षले छनोट गरी उपलब्ध गराएको घरमुलीहरूको विवरणको आधारमा दर्ता सहयोगीहरूले तोकिएको ढाँचामा सम्बन्धित लाभग्राहीहरूको फाराम भरी सोको एकमुष्ट विवरण समेत प्रथम पक्षलाई उपलब्ध गराउनुपर्नेछ ।
८. नेपाल सरकारद्वारा सञ्चालित स्वास्थ्य बीमाको महत्वको बारेमा दोस्रो पक्षले लाभग्राहीलाई जानकारी दिनुपर्नेछ ।
९. आवश्यकता अनुसार सम्झौताका सर्तहरू आपसी सहमतिमा थपघट हुन सक्नेछन ।
१०. सम्झौतामा उल्लेख भएका कुरा सम्झौताबमोजिम र उल्लेख नभएकोमा प्रचलित कानूनबमोजिम हुनेछ ।

पहिलो पक्षको तर्फबाट

नाम : शेरप्रसाद ढकाल

पद : नि. प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

हस्ताक्षर :

मिति :

दोस्रो पक्षको तर्फबाट

नाम : कमल डाङ्गी

पद : दर्ता अधिकारी

हस्ताक्षर :

मिति :

रोवहर



आज्ञाले,  
शेरप्रसाद ढकाल  
नि.प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

चौराजहारी नगरपालिका