सुनिलस्मृति गाउँपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्डः१० संख्याः २ मितिः २०८३।०६।२२

भाग-२

'ग' र 'घ' वर्गका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन मापदण्ड, २०८३

प्रस्तावनाः

नेपालको संविधान, अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको अधिकार सम्बन्धी महासन्धी, २००६ को उद्देश्य र मर्म बमोजिम अपाङ्गता भएका व्यक्तिको अधिकार सम्वन्धी ऐन, २०७४ को दफा १६ को उपदफा १ तथा दफा ३२ को उपदफा १ ग) मा व्यवस्था भए बमोजिम अपाङ्गता भएका

व्यक्तिहरूको मौलिक हक अधिकारको संरक्षण गर्दै राज्यले पूर्ण अशक्त अपाङ्गता र अति अशक्त अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्य सेवाका साथै मासिक रुपमा सामाजिक सुरक्षा भत्ताको व्यवस्था गर्दै आएको छ। यस्तो सुविधाबाट बञ्चित रहेका आर्थिक तथा सामाजिक रूपमा जोखिम अवस्थामा रहेका र नियमित स्वास्थ्य परीक्षण तथा उपचारमा समेत कठिनाइ भोग्नुपर्ने अवस्थाका सुनिलस्मृति गाउँपालिका भित्रका 'ग' र 'घ' वर्गका अपाङ्गता भएका विपन्न व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गराई स्वास्थ्य सेवामा पहुँच अभिवृद्धि गर्न वाञ्छनीय भएकोले स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ दफा १०२ को उपदफा (२) ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी **'ग' र 'घ' वर्गका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन मापदण्ड, २०८३** तयार गरी जारी गरिएको छ।

१. उद्देश्य

क) 'ग' र 'घ' वर्गका अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गराइ स्वास्थ्य सेवामा पहुँच वृद्धि गर्ने।

ख) अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको उपचारमा लाग्ने आर्थिक भार घटाउने।

ग) अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको सामाजिक सुरक्षा तथा संरक्षणमा योगदान पुऱ्याउने।

घ) अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिकारको उपभोग गर्न सहज वातावरण सिर्जना गर्ने।

ङ) अपाङ्गता भएका व्यक्तिका सम्मानजनक जीवनयापनमा सघाउ पुऱ्याउने।

२. आवश्यक आधारहरू

क) स्वास्थ्य बीमा सुविधा लिनका लागि सुनिलस्मृति गाउँपालिकाले उपलव्ध गराएको मध्यम (ग) र सामान्य (घ) वर्गको अपाङ्गता परिचयपत्र प्राप्त गरेको व्यक्ति हुनुपर्ने।

ख) साविक महिला तथा बालबालिका कार्यालयबाट लिइएको परिचयपत्र भएमा सुनिलस्मृति गाउँपालिका महिला तथा बालबालिका शाखामा सक्कलै परिचयपत्र जम्मा गरी गाउँपालिकाबाट जारी गरिएको परिचयपत्र लिएको हुनुपर्ने ।

ग) नेपाल सरकारको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सोही अवधिका लागि अन्य कुनै स्रोतबाट निःशुल्क बीमा सुविधा प्राप्त नगरेको हुनुपर्ने।

घ) स्वास्थ्य बीमा नवीकरण आफैले गर्ने प्रतिवद्धता व्यक्त गर्नुपर्ने।

३. स्वास्थ्य बीमा सेवा प्रकृया

क) 'ग' र 'घ' वर्गका अपाङ्गता भएका विपन्न व्यक्तिहरूलाई निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा सेवाका लागि निवेदन पेश गर्न सूचना प्रकाशन गरिने।

ख) 'ग' र 'घ' वर्गका अपाङ्गता भएका विपन्न व्यक्तिले आफू सहित बढीमा पाँच जना एकाघरका परिवारका सदस्यहरूको विवरण र परिचय खुल्ने कागजात र प्रतिवद्धता सहित सम्वन्धित वडा कार्यालयमा वा गाउँपालिकाको महिला तथा बालबालिका शाखामा निवेदन पेश गर्नुपर्ने।

ग) गाउँपालिकाले लाभग्राहीको अन्तिम विवरण तयार गरे पश्चात स्वास्थ्य बीमा बोर्ड/दर्ता सहयोगीले घरघरमा पुगेर स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गराउने व्यवस्था मिलाउने।

घ) बीमा गरेपछि लाभग्राहीलाई स्वास्थ्य बीमा परिचयपत्र/प्रमाण उपलब्ध गराइने।

ङ) पछिल्ला बर्षहरूमा बीमा नवीकरण लाभग्राही स्वयंले गर्नुपर्नेछ।

४. बीमा आवद्धताका लागि आवश्यक कागजात

लाभग्राहीले देहायका कागजात उपलब्ध गराउनुपर्नेछः

क) अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचाको निवेदन,

ख) अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रतिलिपि,

ग) नेपाली नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि/जन्मदर्ता वा प्रचलित कानून बमोजिमको परिचय खुल्ने कागजात,

घ) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध भएको भए बीमा परिचयपत्रको प्रतिलिपि,

ङ) सम्वन्धित वडा कार्यालयबाट स्थायी बासिन्दा र विपन्नता खुल्ने सिफारिस,

च) पछिल्ला बर्षहरूमा स्वयम् नवीकरण गर्ने प्रतिवद्धता पत्र।

५. छनौट समिति

परेका निवेदनहरूका सम्वन्धमा छनौट गर्न देहायको समिति रहनेछः

१)	गाउँपालिका अध्यक्ष	-	संयोजक
२)	गाउँपालिका उपाध्यक्ष	-	सदस्य
३)	प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत	-	सदस्य
४)	सामाजिक विकास	-	सदस्य

	समिति संयोजक		
५)	स्वास्थ्य शाखा प्रमुख	-	सदस्य
६)	स्वास्थ्य बीमा वोर्डका स्थानीय प्रतिनिधि	-	सदस्य
७)	महिला तथा बालबालिका शाखा प्रमुख	-	सदस्य सचिव

६. बीमा शुल्क

क) यस मापदण्ड बमोजिम छनोट भएका 'ग' र 'घ' वर्गका अपाङ्गता भएका व्यक्तिको स्वास्थ्य बीमा बापत स्वास्थ्य बीमा बोर्डले निर्धारण गरेको प्रिमियम रकम गाउँपालिकाले सम्वन्धित एजेन्ट/स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बीच सम्झौता गरी भुक्तान गरिनेछ।

ख) लाभग्राहीले नेपाल सरकार वा अन्य निकायबाट सोही अवधिका लागि निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा सुविधा प्राप्त गरेको भए दोहोरो रूपमा बीमा शुल्क भुक्तानी गरिने छैन।

ग) बीमाको समयावधी १ वर्षको हुनेछ ।

घ) बीमाको नवीकरण सम्वन्धित बिमीतले नै गर्नुपर्नेछ।

७. सुविधा उपलव्ध नगराइने

'ग' र 'घ' वर्गको अपाङ्गता परिचय पत्र प्राप्त गरेका देहायका हकमा यो सुविधा उपलव्ध गराइने छैन।

क) एकाघर परिवारमा आर.सी.सी पक्की घर भएका।

ख) गाउँपालिका भित्र बाहेक अन्य स्थानहरूमा समेत थप घरजग्गा भएका।

ग) सुविधायुक्त सवारी साधन भएका।

घ) एकाघरका कुनै सदस्यहरू वैदेशिक अध्ययनका लागि पठाएका।

ङ) सरकारी/अर्धसरकारी/गैरसरकारी एवं शिक्षण संस्थामा कार्यरत रही मासिक पारिश्रमिक/पेन्सन सुविधा प्राप्त गरिरहेका ।

च) निर्वाचित जनप्रतिनिधि वा तिनका एकाघरका परिवार रहेका।

छ) यस अघि नै स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध भएका।

८. व्यवस्थापन तथा अनुगमन

क) कार्यक्रमको व्यवस्थापन तथा अनुगमन अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको अधिकार सम्वन्धी ऐन, २०७४ को दफा ४२ अनुसारको स्थानीय समन्वय समितिले गर्नेछ।

ख) अनुगमनका क्रममा देहायका विषय हेर्न सकिनेछः

अ. लक्षित वर्गका व्यक्ति बीमामा आबद्ध भए/नभएको

आ. बीमा नवीकरण भए/नभएको

इ. लाभग्राहीले स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरे/नगरेको

ई. कार्यक्रमबाट भएको प्रभाव

उ. दोहोरो सुविधा भए/नभएको

ऊ. अनुगमन समितिले उपयुक्त देखेका अन्य सम्वन्ध विषयहरू

९. विविध

यस मापदण्डमा उल्लेख नभएका अन्य विषयहरू प्रचलित संघीय तथा प्रदेश कानून, स्थानीय कानून तथा स्वास्थ्य बीमा बोर्डका प्रचलित नियम बमोजिम हुनेछन्।

अनुसूची-१

<u>निवेदनको ढाँचा</u>

श्री प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यू
सुनिलस्मृति गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
सुलिचौर, रोल्पा ।

विषयः निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गरिदिनुहुन।

प्रस्तुत विषयमा यस गाउपालिकाबाट आ.व. २०८३/०८४ मा 'ग' र 'घ' वर्गको अपाङ्गता भएका विपन्न नागरिक र तिनका थप ४ जना सम्म परिवारको लागि निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने कार्यक्रम रहेकोमा उक्त बीमामा म/मेरो परिवारलाई समावेश गरी दिनुहुन अनुरोध छ।

<u>सिफारिस भई आएका एकाघर परिवारका व्यक्तिहरूको विवरणः</u>

क्र सं	नामथर	मूख्य व्यक्तिसँगको नाता	उमेर	लिङ्ग	नागरिकता नं/जन्मदर्ता नं	स

१.						
२.						
३.						
४.						
५.						

निवेदनको साथ आवश्यक कागजातहरूः

१. अपाङ्गता परिचयपत्र।

२. नेपाली नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र/जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी।

३. स्थायी बासिन्दा र विपन्नता खुल्ने सम्वन्धित वडाको सिफारिस पत्र ।

निवेदकको

दस्तखतः

नामथरः

अपाङ्गता वर्गः

ठेगानाः

अनुसूची-२

लाभग्राहीको प्रतिबद्धता

म यस गाउँपालिकाको स्थायी बासिन्दा भएको र प्रचलित कानून बमोजिम 'ग'/'घ' वर्गको अपाङ्गता परिचयपत्र प्राप्त गरेको छु। यस कार्यक्रम अन्तर्गत प्राप्त हुने स्वास्थ्य बीमा सुविधा सम्बन्धमा यस अवधिमा अन्य निकायबाट समान प्रकृतिको निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा सुविधा नलिएको/नलिने र आगामी वर्षहरूमा स्वयम् नवीकरण गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु।

नामः

ठेगानाः

अपाङ्गता वर्गः

परिचयपत्र नं.ः

हस्ताक्षर/ल्याप्चेः

मितिः

आज्ञाले
नगेन्द्र प्रसाद रिजाल
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत