गौरीगङ्गा राजपत्र

गौरीगङ्गा नगरपालिकाद्वारा प्रकाशित

खण्ड ९ चौमाला, कैलाली माघ ०८ गते, बिहिबार २०८२ साल, (संख्या २)

एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) कार्यक्रम कार्यविधि २०८२

कार्यपालिकाबाट स्वीकृत मितिः २०८२।०५।११

प्रस्तावना :

गौरीगङ्गा नगरपालिकाका भित्र रहेका हरेक गर्भवती महिलाको स्वास्थ्य सुरक्षित राख्नु र शिशुको समुचित विकास सुनिश्चित गर्नु प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत पर्दछ,यसै सन्दर्भमा गौरीगङ्गा नगरपालिकाले मातृ तथा शिशु मृत्यु दर न्यूनीकरण गर्ने, गर्भवती महिलाको नियमित स्वास्थ्य परीक्षणमा पहुँच वृद्धि गर्ने, भ्रुणमा देखिन सक्ने संरचनागत असामान्यतालाई प्रारम्भिक चरणमै पहिचान गरी जन्मजात अपाङ्गता रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्ने मुख्य उदेश्यका साथ गर्भावस्थामा विशेष गरी १८ देखि २२ हप्तामा गरिने **एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan)** जाँचलाई निःशुल्क गराउन कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएको हो।

हरेक आमा बुवालाई आफनो सन्तान स्वस्थ जन्मियोस भन्ने चाहना हुन्छ ।तर विविध कारणहरुले कहिलेकाहीं भ्रुण आमाको गर्भमै रहेका बेला केही जन्मजात समस्याहरु लिएर जन्मिन सक्छन्।जसले गर्दा जन्मिसकेपछि भ्रुण र परिवार दुबैलाई समस्या हुन्छ ।त्यसैले आफनो गर्भमा रहेको भ्रुण स्वस्थ भए नभएको पत्ता लगाउन गरिने अनेकन जाँचहरुमध्ये 'एनोमली स्क्यान' एक महत्वपूर्ण जाँच हो ।

एनोमली जाँच विशेष गरी गर्भ रहेको १८ हप्तादेखि २२ हप्तासम्म गरिन्छ, धेरै ढिलोमा २४ हप्तासम्म पनि गर्न सकिन्छ । तर त्यस पछि भने यो जाँच गरेर खास परिणाम पत्ता लगाउन सकिदैन ।खास गरी १८ हप्ता भन्दा अघिसम्म भ्रुणको मुटु, मिर्गौला लगायतका अङ्गहरु राम्रोसँग विकास नै भएको हुँदैन ।त्यसैले १८ हप्ताअघि गर्दा सही स्क्यान हुन सक्दैन, त्यसैगरी २२ हप्तापछि स्क्यान गर्दा भ्रुण खुम्चिएर बसेको हुन्छ र भ्रुण ठूलो भइसकेको हुन्छ त्यसकारण सबै अङ्गको स्क्यान गर्न गाह्रो हुन्छ । यो स्क्यान मान्यता प्राप्त रेडियोलोजिष्टद्वारा मात्र गराउनुपर्छ ।

गौरीगङ्गा नगरपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि नियमित गर्ने ऐन २०७६ को दफा ४ को अधिकार प्रयोग गरी एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) कार्यक्रम कार्यविधि २०८२ जारी गरिएको छ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :

१) यो कार्यविधिको नाम " एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्यविधि २०८२ " रहनेछ ।

२) यो कार्यविधि नगर कार्यपालिकाको बैठकबाट स्वीकृत भएको मितिदेखी गौरीगङ्गा नगरपालिका नगरपालिका कैलाली भर लागु हुनेछ ।

२. परिभाषा :

विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा :

(क) "एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan)" भन्नाले गर्भावस्थाको १८-२२ हप्तामा मान्यता प्राप्त रेडियोलोजिष्टले अल्ट्रा साउण्ड वा भिडियो एक्सरे द्वारा गर्भमा रहेको भ्रुणको विकास अनुगमनका साथै आमाको पाठेघरको अवस्था,भ्रुणका विभिन्न अङ्ग र भागको सूक्ष्म अवलोकन गर्नुलाई जनाउछ ।जस्तै - मस्तिष्क, मेरुदण्ड, मुटु, पेट, हात/गोडा, मृगौला आदि।यस **स्क्यानद्वारा** भ्रुणको शारीरिक र मानसिक विकास कसरी भइरहेको छ भन्ने पत्ता लाग्दछ ।साथै सालनालको अवस्था पनि थाहा हुन्छ।यो आमा र भ्रुण दुवैको लागि सुरक्षित प्रक्रिया मानिन्छ।

(ख) "नगरपालिका" भन्नाले गौरीगङ्गा नगरपालिका कैलालीलाई जनाउँछ ।

(ग) "स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले गौरीगङ्गा नगरपालिकाभित्र हाल सञ्चालनमा रहेका सरकारी स्वामित्वका अस्पताल,प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र,स्वास्थ्य चौकी,आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरुलाई जनाउँछ ।

(घ) "रेडियोलोजिष्ट" भन्नाले मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट रेडियोलोजी बिषयमा स्नातकोत्तर (जस्तै MD Radiology) अध्ययन पूरा गरी NMC (Nepal Medical Council) मा विशेषज्ञ चिकित्सकको रूपमा दर्ता भएको प्राविधिक स्वास्थ्यकर्मीलाई गनाउँछ ।

(ङ) "सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था "भन्नाले एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) सेवा दिन सम्बन्धित निकाएबाट अनुमति प्राप्त स्वास्थ्य संस्थालाई जनाउँछ ।

(च) "लाभग्राही भन्नाले" एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) सेवा पाउनु पर्ने गर्भवती महिलाहरुलाई जनाउँछ ।

(छ) "सोध भर्ना" भन्नाले यस कार्यविधि बमोजिम एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) गर्दाको रकम भुक्तानी गर्ने कार्यलाई जनाउँछ ।

(ज) "कार्यक्रम" भन्नाले एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) लाई जनाउँछ ।

(झ) "नगरवासी"भन्नाले नगरपालिका क्षेत्रभित्र बसोबास गर्ने नेपाली नागरिकहरुलाई जनाउँछ।

३. कार्यक्रमका मुख्य उद्देश्यहरु :

- गर्भमा रहेको भ्रुणमा देखिन सक्ने संरचनागत असामान्यतालाई प्रारम्भिक चरणमै पहिचान गर्न।
- गर्भवती महिलाको नियमित स्वास्थ्य परीक्षणमा पहुँच वृद्धि गर्न।
- सुरक्षित मातृत्व सेवा प्रवर्द्धन गर्न।
- मातृ तथा शिशु मृत्युदर न्यूनीकरण गर्न।
- जन्मजात हुने अपाङ्गता रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्न।

४. कार्यक्रम सञ्चालन तथा सहकार्य :

- यो कार्यक्रम नगरपालिकाबाट बिनियोजित बजेट मार्फत नगरवासी एवम नगरपालिका अन्तर्गतका कार्यालयहरुमा कार्यरत कर्मचारी र परिवारहरुका सदस्यहरुका लागि नि:शुल्क सञ्चालन गरिनेछ ।
- यो लगायतका कार्यक्रमहरु सञ्चालनगर्न संघ तथा प्रदेश तहका सरकारी कार्यालय एवम गैर सरकारी संघ संस्थाहरुसँग समेत सहकार्य गर्न सकिने छ ।
- यो सेवा लिन प्रत्येक लाभग्राहीले परिचय खुल्ने निम्न मध्ये कुनै एक प्रमाण पेश गर्नुपर्नेछ,जस्तै नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्र,राष्ट्रिय परिचय पत्र, बसाई सराई,जन्म दर्ता,बिबाह दर्ता वा सम्बन्धित वडाबाट बसाई प्रमाणित पत्रको प्रतिलिपि,कर्मचारी परिचयपत्र ।

५. कार्यक्रमबाट प्राप्त हुने सुबिधा :

- एक जना गर्भवती महिलाले गराएको एनोमली स्क्यानको शुल्क बापत एक पटकमा **रु २५००।(अक्षरेपी दुई हजार पाँच सय रुपैया) सम्म** भुक्तानी गरिनेछ।
- तोकिएको भन्दा कम खर्च भएको खण्डमा बिलअनुसारको रकम सोधभर्ना दिइनेछ।
- तोकिएको भन्दाबढी खर्च भए पनि अधिक रकम भुक्तानी गरिने छैन।
- यस कार्यविधिमा तोकिएको बाहेक अन्यका लागि यो सुविधा प्रदान गर्न सकिने छैन ।
- सेवा प्रदान गर्न अनुमति प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाहरुसँग सम्झौताका आधारमा समेत यो कार्यक्रम सञ्चालन गर्न सकिनेछ,यसरी कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा सेवा प्रदायक रेडियोलोजी बिषयमा स्नातकोत्तर (जस्तै M.D.Radiology) अध्ययन पूरा गरी NMC (Nepal Medical Council) मा विशेषज्ञ चिकित्सकको रूपमा दर्ता भएको हुनु पर्नेछ ।
- एक जना गर्भवती महिलाका लागि एउटा गर्भको समयमा १ (एक) पटक भन्दा बढी पटक जाँच गरेमा पनि एकपटककोजाँच बापतको रकम मात्र सोध भर्ना वा भुक्तानी गरिने छ ।
- भ्रुणको लिङ्ग पहिचान गर्ने कार्य कानुनी अपराध भएकाले सेवा प्रदायक तथा सेवाग्राही कसैबाट पनि यो कार्य गर्न गराउन पाईने छैन र त्यस्तो कार्य गरेको पाईएमा प्रचलित कानुन बमोजिम आवश्यक कार्वाही हुनेछ ।

६. सेवा सुविधा प्राप्त गर्न पुरा गर्नु पर्ने मापदण्डहरू :

गौरीगङ्गा राजपत्र

१ गर्भवती महिलाले १२ हप्ताभित्र पहिलो गर्भवती जाँच Antenatal care (ANC) परीक्षण गरेको हुनु पर्नेछ ।

२ गर्भवती महिलाले प्रोटोकल बमोजिमको ४पटक गर्भजाँच (ANC 1, 2, 3, 4) पुरा गरेको हुनु पर्नेछ ।

३ गर्भवती महिलाले TD खोप सेवा (पहिलो गर्भमा २ मात्रा र दोस्रो वा सोभन्दा पछिको गर्भमा १ मात्रा) लगाएको हुनु पर्नेछ ।

४ नियमित आइरन, क्याल्सियम चक्की खाएको (प्रत्येकको १८० चक्की) र १ मात्रा जुकाको औषधि समेत खाएको हुनु पर्नेछ ।

५ एनोमली स्क्यान (**Anomaly Scan**) गर्भ बसेको १८-२२ हप्ताभित्र गराएको हुनु पर्नेछ ।

६ गर्भवती महिलाले स्वास्थ्य संस्थामानै सुरक्षित सुत्केरी सेवा लिएको हुनु पर्नेछ सोको प्रमाणका रुपमा डिस्चार्ज फारम पेश गर्नुपर्नेछ ।

७ मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य संस्था तथा रेडियोलोजिष्टबाट मात्रै एनोमली स्क्यान (**Anomaly Scan**) गराएको हुनुपर्नेछ ।

८ कारणवस एनोमली स्क्यान (**Anomaly Scan**) गरीसके पश्चात स्वास्थ्य समस्याका कारण गर्भपतन भएमा यस कार्यबिधि बमोजिम सोध भर्ना रकम भुक्तानी गर्न बाधा पर्ने छैन । तर (सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भपतन भएको कारणसहित व्यहोरा खुल्ने सिफारिस पेश गर्नुपर्नेछ।)

९ यो कार्यक्रममा नगरपालिकाबाट सम्झौता भएको सेवा प्रदान हुने स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिएको हुनुपर्नेछ ।

१० यो कार्यक्रममा नगरपालिकाबाट कुनै पनि स्वास्थ्य संस्थाहरुसँग सम्झौता नगरिएको खण्डमा स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाको सल्लाह बमोजिम शुरुमा लाभग्राहीले आफ्नो खर्चमा जाँच गरी पछि तोकिएका मापदण्ड पुरा गरी रकम सोध भर्ना माग गर्नुपर्नेछ ।

११ सेवाग्राही महिलाले जाँच गर्दा भएको खर्चको सक्कल बिल तथा जाँच गरेको रिपोर्टको प्रतिलिपि, गर्भवती कार्डको दुबैतर्फको प्रतिलिपि र अन्य तोकिएका कागजात सहित सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा रकम मागका लागि निवेदन पेश गर्नु पर्नेछ ।

१२ सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट तोकिएका प्रक्रियाहरु पुरा गरेका लाभग्राहीहरुको निवेदन सङकलन तथा अभिलेखीकरण गरी मासिक एवम त्रैमासिक / चौमासिक रुपमा रकम माग गर्नु पर्नेछ ।

१३ स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सोधभर्ना रकम भुक्तानीका लागि माग भै आएमा प्राप्त कागजातहरु रुजु गरी स्वास्थ्य शाखाले त्रैमासिक / चौमासिक रुपमा भुक्तानी योग्य निवेदनहरुको वडा अनुसारको बिबरण तयार गरी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको बैङ्क खातामा रकम जम्मा हुने गरी भुक्तानी प्रक्रिया अगाडी बढाउनु पर्नेछ ।

१४ स्वास्थ्य शाखाबाट नियमित रुपमा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट हुने सेवा प्रवाहको अभिलेखीकरण एवम लाभग्राहीहरुले सेवा लिएको सम्बन्धमा अनुगमन, मुल्याङ्कन र सुपरिवेक्षण गर्नु पर्नेछ ।

१५ उपरोक्त बुँदा नं २ देखि १० सम्मका सबै बुँदाहरु पुरा गरेका लाभग्राहीहरुका लागि बुदा नं १ को मापदण्ड पुरा नभएता पनि सोधभर्ना बापतको रकम भुक्तानी गर्न बाधा पर्ने छैन ।

७. बित्तीय दायित्व :

गौरीगङ्गा राजपत्र

- यो कार्यबिधिमा तोकिएका सबै कार्यहरु कार्यान्वयन गर्न नगरपालिकाबाट प्रर्याप्त बजेट बिनियोजन गरिनेछ, बिनियोजित बजेट अपुग हुने अबस्थामा शाखाबाट माग भएमा थप बजेटको ब्यवस्था मिलाईनेछ ।
- यो कार्यबिधि बमोजिम सोध भर्ना रकम तथा अनुगमन, मुल्याङ्कन एवम सुपरिवेक्षणमा भएको खर्च रकम नियमानुसार यसै कार्यक्रमबाट भुक्तानी गरिनेछ।
- सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको जिम्मेवार कर्मचारी तथा शाखाको कार्यक्रम संयोजक कर्मचारीलाई मासिक सञ्चार / यातायात खर्च बापत रु ५०० (अक्षरेपी पाँच सय) मात्र यसै कार्यक्रमबाट उपलव्ध गराईनेछ ।

८. अभिलेख तथा प्रतिवेदन :

- नगरपालिकाभित्रका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी र आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र) ले अनुसुची १ बमोजिमको विबरण अभिलेख रजिष्टरमा दुरुस्त राखी अनुसुची २ र ३ बमोजिम मासिक तथा त्रैमासिक/चौमासिक एवम वार्षिक प्रतिवेदन तयार पारी स्वास्थ्य शाखामा पठाउनु पर्नेछ ।
- स्वास्थ्य शाखाले स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्राप्त प्रतिवेदनका आधारमा अनुसुची ४ बमोजिम समायोजन प्रतिवेदन तयार पारी मासिक तथा त्रैमासिक / चौमासिक प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ साथै वार्षिक प्रतिवेदन तयार पारी आवश्यकता अनुसार प्रस्तुत गर्नु पर्नेछ ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुले वार्षिक प्रतिवेदन जात जातिगत बिबरण समेत स्पष्ट हुने गरी नगरपालिकामा पेश गर्नु पर्नेछ ।
- स्वास्थ्य शाखाले स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्राप्त वार्षिक प्रतिवेदनका आधारमा अनुसुची ४ बमोजिमको ढाँचामा वार्षिक प्रतिवेदन तयार पारी आवश्यकता अनुसार प्रस्तुत गर्नु पर्नेछ ।

९. कार्वाहीको व्यवस्था

- यो कार्यविधि बिपरीत हुने गरी कुनै पनि कार्यहरु भए गरेको पाईएमा त्यस्तो कार्य गर्ने र गराउने दुवैलाई नियमानुसारको आवश्यक कार्वाहि हुनेछ ।

१०. बाधा अड्चन र निरुपण

यो कार्यबिधिभन्दा अन्य प्रक्रियाबाट गरिने/ हुने एनामोली स्क्यान सम्बन्धी सबै कार्यहरु खारेजी गरिनुका साथै कार्यविधि लागु हुनु भन्दा पहिले र पहिलो वर्ष १ पटकका लागि निम्नानुसार गरिनेछ ।

- मापदण्ड सम्बन्धी दफा ६ मा जे लेखिएको भएता पनि कार्यविधि लागु हुने आर्थिक वर्ष २०८२/०८३ भन्दा अगिल्लो आ.व.मा गर्भ जाँचका लागि दर्ता भएका लाभग्राहीहरु मध्ये दफा ६ को उपदफा २–७ सम्मका मापदण्डहरु पुरा गरी यस चालु आ.व.मा सुत्केरी सेवा लिएका गर्भवती महिलाहरुलाई यस कार्यविधि बमोजिम सोध भर्ना गर्ने रकम सोध भर्ना बापत भुक्तानी गरिनेछ ।

गौरीगंगा राजपत्र

- प्रचलित नेपाल सरकारका ऐन र नियमहरुसँग बाझिएको हकमा त्यस्ता बुदाँहरु स्वत:निस्क्रिय हुनेछन ।
- नगर कार्यपालिकाले यो कार्यबिधिलाई आवश्यकताका आधारमा संशोधन एवम् परिमार्जन गर्न सक्नेछ।

अनुसूची-१
दफा ८ उपदफा१सँग सम्बन्धित
स्वास्थ्य संस्थाहरुको अभिलेख रजिष्टर

क्र.सं.	लाभ ग्राहीको नाम थर	उमेर	ठेगाना	सम्पर्क नं	L.M.P.	E.D.D.	पहिलो जाँच मिति	प्रोटोकल अनुसार ४पटक गर्भ जाँच गरेको / नगरेको	TD खोप लगाएको / नलगाएको	१८०/१८० चक्की आईरन तथा क्याल्सियम खाएको / नखाएको	स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी भएको / नभएको	सुत्केरी सेवा लिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम	जातिगत कोड	कैफियत
१														
२														

गौरीगंगा राजपत्र

अनुसूची -२

दफा ८ उपदफा१सँग सम्बन्धित

स्वास्थ्य संस्थाहरुको मासिक तथा त्रैमासिक/ चौमासिक / वार्षिक भुक्तानी माग प्रतिवेदन

स्वास्थ्य संस्थाको नाम……………………प्रतिवेदनको प्रकार ……………. प्रतिवेदन गरेको महिना ……………...

क.सं.	लाभ ग्राहीहरुको संख्या		भुक्तानी माग गरेको जम्मा रकम	कैफियत
	२० वर्षमुनि	२० वर्ष माथी		
१				
२				
३				
४				
जम्मा				

तयार गर्ने — प्रमाणि गर्ने

दस्तखत : — दस्तखत :

नाम थर : — नाम थर :

पद : — पद :

मिति : — कार्यालयको छाप — मिति :

पुनश्च : सोध भर्ना रकम भुक्तानी माग गर्दा प्रतिवेदन पुष्टि गर्ने रजिष्टरको फोटोकपी तथा मापदण्डमा तोकिए बमोजिमका कागजपत्रहरुको फोटोकपी अनिवार्य पेश गर्नु पर्नेछ ।

गौरीगंगा राजपत्र

अनुसूची-३

दफा ८ उपदफा१ सँग सम्बन्धित

स्वास्थ्य संस्थाहरुको मासिक तथा त्रैमासिक/ चौमासिक/वार्षिक प्रतिवेदन

स्वास्थ्य संस्थाको नाम……………………प्रतिवेदनको प्रकार **वार्षिक** प्रतिवेदन मिति ……………...

क्र.सं.	जातजाती अनुसार जातीगत बिबरण	जातिगत कोड अनुसार लाभग्राहीहरुको संख्या		कैफियत
		२० वर्षमुनि	२० वर्षमाथी	
१				
२				
३				
४				
५				
जम्मा				

तयार गर्ने
दस्तखत :
नाम थर :
पद :
मिति :

कार्यालयको छाप

प्रमाणि गर्ने
दस्तखत :
नाम थर :
पद :
मिति :

गौरीगंगा राजपत्र

अनुसूची-४
दफा ८ उपदफा१ सँग सम्बन्धित

स्वास्थ्य संस्थाहरुको मासिक प्रतिवेदन

................................स्वास्थ्य संस्थाको .... महिनाको मासिक प्रतिवेदन मिति ....

क्र.सं.	सेवाग्राहीको नाम थर	जाति कोड	उमेर		कैफियत
			२० वर्षमुनि	२० वर्षमाथि	
१					
२					
३					
४					
५					
६					
७					
८					
९					
१०					
११					
१२					
१३					
१४					
१५					
जम्मा					

तयार गर्ने
दस्तखत:
नाम थर :
पद:
मिति:

प्रमाणिगर्ने
दस्तखत:
नाम थर :
पद :
मिति:

कार्यालयको छाप

गौरीगंगा राजपत्र

अनुसूची-५

दफा ८ उपदफा २ सँग सम्बन्धित

नगरपालिका स्तरीय मासिक तथा त्रैमासिक / चौमासिक/ वार्षिक प्रतिवेदन

एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) कार्यक्रमको **वार्षिक** प्रतिवेदन मिति ……………...

क्र.स.	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	वडा नं	जम्मा संख्या	उमेर अनुसार लाभग्राहीहरुको संख्या		कैफियत
				२० वर्षमुनि	२० वर्षमाथी	
१	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,मंगलपुर	१				
२	चौमाला प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र,चौमाला	२				
३	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,वासुदेव	३				
४	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,राजिपुर	४				
५	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,अण्डैया	५				
६	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,बनवेहडा	६				
७	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,मनिकापुर	७				
८	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,बढैपुर	८				
९	मसुरिया स्वास्थ्य चौकी,मसुरिया	९				
१०	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,उदासीपुर	१०				
११	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,झन्झटपुर	११				
जम्मा						

तयार गर्ने
दस्तखत :
नाम थर :
पद :
मिति :

कार्यालयको छाप

प्रमाणि गर्ने
दस्तखत :
नाम थर :
पद :
मिति :

जातिगत कोड

१: दलित
२: जनजाती
३: मधेशी
४: मुस्लिम
५:ब्राहमण / क्षेत्री
६. अन्य (ठकुरी,सन्यासी/दशनामी आदि)

गौरीगंगा राजपत्र

अनुसूचि – ६

दफा ६ उपदफा १२ सगँ सम्बन्धित

रकम भुक्तानी माग गर्ने आबेदन फारम

श्री................................ स्वास्थ्य संस्था प्रमुखज्यू ।

गौरीगङ्गा नगरपालिका वडा नं ....

बिषय: एनोमली स्क्यान कार्यक्रमको सोध भर्ना रकम उपलव्ध गराई पाउँ ।

महोदय.

म निवेदक गौरीगङ्गा नगरपालिका वडा नं .... को ....टोलको स्थायी बासीन्दा रहेको र मेरो गर्भको भ्रुणको शारीरिक बृद्धिबिकास एवम भ्रुणमा देखिन सक्ने संरचनागत असामान्यता जाँचका लागि आफ्नो खर्चमा .... ….. अस्पताल / स्वास्थ्य संस्थामा मिति..............................मा एनोमली स्क्यान जाँच गरी सकेको तथा कार्यविधिले तोके बमोजिम दफा ६ मा उन्लेखित मापदण्डहरु पुरा गरी दफा ६ को उपदफा १२ मा तोकिएका आवश्यक कागजपत्रहरु समेत संलग्न राखी रु .... (अक्षरेपी...मात्र) सोधभर्नाका लागि सबिनम्र अनुरोध गरेकी छु ।झुठा ठहरे कानुन बमोजिम सहुँला/बुझाउँला ।

<u>निवेदनका साथ संलग्न कागजपत्रहरु</u>

१.

२.

३.

आवेदकको

दस्तखत:

नाम थर :

ठेगाना:

सम्पर्क मोबाईल नं:

आवेदक श्री .... ले पेश गरेको निवेदन बमोजिम निःशुल्क एनोमली स्क्यान (Anomaly Scan) कार्यक्रम सम्बन्धी कार्यबिधि २०८२ले तोकिए बमोजिमको सोधभर्ना रकम भुक्तानी गर्ने मापदण्डहरु पुरा गरेको हुदाँ निवेदकलाई सोध भर्ना भुक्तानी गर्नु पर्ने रकम भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछु ।

सिफारिस गर्ने कर्मचारीको

दस्तखत:

नाम थर :

पद:

सम्पर्क मोबाईल नं :

कार्यालयको छाप

आज्ञाले

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

गौरीगङ्गा