



गण्डकी गाउँपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्ड: ८

सङ्ख्या: १५

मिति: २०८१/०९/२६

भाग: २

गण्डकी गाउँपालिका

सुत्केरी महिलाहरुलाई पोषण खर्च व्यवस्थापनको लागि सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराउने मापदण्ड, २०८१

सुत्केरी महिलाहरूलाई पोषण खर्च व्यवस्थापनको लागि सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराउने मापदण्ड, २०८१

प्रस्तावना

राष्ट्रिय रूपमा नै कुपोषणको समस्यालाई निराकरण गर्ने कार्यलाई सामाजिक, आर्थिक तथा मानवीय विकासका साथै दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्ने आधारको रूपमा लिइएको छ । न्यूनपोषणको समस्याले बालबालिकाको शारीरिक, मानसिक, तथा संवेगात्मक विकासमा बाधा पुर्याई देशको समग्र सामाजिक, आर्थिक तथा मानवीय विकासमा प्रतिकूल प्रभाव पर्दछ तथा शिशु अवस्था वा वाल्यकालमै मृत्यू हुने जोखिम हुन्छ भने जिवित रहेकाहरूको समेत शारीरिक तथा मानसिक क्षमताको कमी हुन्छ र यसका असरहरू गम्भिर हुन्छन्, जसलाई परिवर्तन गर्न सकिंदैन र जीवनभर रहन्छन् । स्वास्थ्यको हिसाबले एउटा महिला गर्भवति भएको थाहा पाएदेखि बच्चा दुई वर्ष नहुन्जेल सम्मको समय अवधिलाई सुनौला हजार दिन(Golden Thousands Days) भित्रका आमाहरूलाई जनाउछ, जुन समय अवधिभित्र बच्चाको ८० प्रतिशत दिमागको वृद्धि विकास हुने गर्दछ जसका लागि आमा र बच्चा दुवैलाई पोषणयुक्त खानेकुराको आवश्यक पर्दछ । बच्चा जन्मिएदेखि ६ महिना सम्म आमाले बच्चालाई पुर्ण स्तनपान गराउनुपर्ने हुन्छ र पुर्ण स्तनपान नगराउदा बच्चाको शारीरिक, मानसिक तथा संवेगात्मक विकासमा बाधा पुर्याई देशको समग्र सामाजिक, आर्थिक तथा मानवीय विकासमा प्रतिकूल प्रभाव पर्दछ जसका लागि आमा स्वस्थ निरोगी हुन आवश्यक छ, सुत्केरी आमा स्वस्थ निरोगी हुनका लागि सुत्केरी आमालाई पोशिलो सन्तुलित आहारको आवश्यक पर्दछ, जसमा चार किसिमका खानेकुरा मिसिएको हुन्छ (अन्न, गेडागुडि, हरिया सागपात तथा पहेला फलफुल र माछा, मासु, अण्डा, दुध र दुधबाट बनेका परिकार मध्ये एक) ।

गोरखाको गण्डकी गाउँपालिका अन्तर्गत ८ वटा स्वास्थ्य सस्था रहेका छन् जसमा ६ वटा बर्थिङ सेन्टरमा सुत्केरी सेवा नियमित प्रदान गरिन्छ र यहाँ अधिकांश सुत्केरी गरिब तथा सिमान्तकृत समुदायका सुत्केरी महिला हुने हुदा कम तौलको बच्चा जन्मिने समस्या देखा परेका छन् र जसलाई ६ महिना सम्म विशेष स्याहार गर्न सकिएन भन्ने कुपोषणमा जाने सम्भावना उच्च रहेको हुदा समयमा नै थप जटिलता हुनबाट बचाउन सुत्केरी महिलालाई पोषणयुक्त खाद्य बस्तु व्यवस्थापनको लागि सुत्केरी पोषण भत्ता उपलब्ध गराउने उद्देश्यका साथ यो मापदण्ड गण्डकी गाउँपालिका, गाउँ कार्यपालिकाले जारी गरेको छ ।

परिच्छेद –१

संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यो मापदण्डको नाम "सुत्केरी महिलाहरुलाई पोषण खर्च व्यवस्थापनको लागि सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराउने मापदण्ड, २०८१" रहेको छ।

(२) यो मापदण्ड २०८१ माघ १ देखि प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस मापदण्डमा,

(क) "गाउँपालिका" भन्नाले गण्डकी गाउँपालिका सम्झनुपर्छ।

(ख) "गाउँ कार्यपालिका" भन्नाले गण्डकी गाउँ कार्यपालिका सम्झनुपर्छ।

(ग) "सुत्केरी" भन्नाले गण्डकी गाउँपालिकामा स्थायी रूपमा बसोबास गरि गण्डकी गाउँपालिका अन्तर्गत रहेका स्वास्थ्य संस्थामा गर्भवति रजिष्टरमा दर्ता भई स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी भएका महिला तथा स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिसमा अन्य अस्पतालमा सुत्केरी भएका महिलालाई सम्झनुपर्छ।

(घ) "प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत" भन्नाले गण्डकी गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत सम्झनुपर्छ।

(ङ) "आर्थिक प्रशासन शाखा" भन्नाले गण्डकी गाउँपालिकाको आर्थिक प्रशासन शाखा सम्झनुपर्छ।

(च) "स्वास्थ्य शाखा" भन्नाले गण्डकी गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखा सम्झनुपर्छ।

परिच्छेद -२

सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराउने प्रक्रिया

३. सुत्केरी महिलाले पेश गर्नुपर्ने आवश्यक कागजातहरु: सुत्केरी महिलाले प्रोत्साहन खर्च प्राप्त गर्नको लागि देहायबमोजिमका कागजातहरु पेश गर्नुपर्नेछ।

क. अनुसूची १ र २

ख. गर्भवती कार्डको प्रतिलिपि

ग. जन्मदर्ता तथा जन्म प्रमाणपत्र

घ. नागरिकता वा वडाको सिफारिस

ङ. स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस

च. २ बर्षसम्म बच्चालाई नियमित रुपमा वृद्धि अनुगमन गर्ने बच्चाले राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोप समयमा लगाउने अनुसूचि ३ बमोजिमको प्रतिबद्धता

४. सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराउने प्रक्रिया: (१) यस मापदण्ड बमोजिम प्रत्येक महिना सुत्केरी महिलालाई बच्चाको जन्म दर्ता र जन्म प्रमाण पत्र, गर्भवति कार्ड, मासिक रुपमा आमा र बच्चाको पोषण लेखाजोखा अनुसूचि १ र २, आमाको नागरिकता वा नागरिकता नभएको खण्डमा वडाको सिफारिसको आधारमा मासिक रुपमा रु ४००० का दरले ६ महिनासम्म सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराइनेछ ।

(२) सुत्केरि महिलालाई सुत्केरी भएको पहिलो महिनामा सङ्घीय सरकारबाट उपलब्ध गराउने गर्भवती उत्प्रेरणा तथा यातायात खर्च रकममा थप गरि उपलब्ध गराइनेछ ।

(३) यस मापदण्ड अनुसार सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता प्राप्त गर्ने सुत्केरी महिलाले स्वास्थ्य संस्था मार्फत मासिक रुपमा दफा ३ मा उल्लेख गरिएका आवश्यक कागजात सहित स्वास्थ्य संस्थाको आधिकारिक भुक्तानी सिफारिस स्वास्थ्य शाखामा बुझाउनु पर्नेछ ।

(४) स्वास्थ्य शाखाले प्राप्त अनुसूचि तथा कागजातको आधारमा भुक्तानिको प्रकृया अगाडि बढाउन प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत समक्ष पेश गर्नेछ र प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतबाट स्वीकृत भएपश्चात आर्थिक प्रशासन शाखाले स्वास्थ्य संस्था मार्फत भुक्तानी हुने गरि स्वास्थ्य संस्थाको खातामा भुक्तानी दिनेछ ।

(५) स्वास्थ्य संस्थामा नै सुत्केरी भएको हुनुपर्नेछ । घरमा सुत्केरी भएकोलाई सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराइने छैन ।

(६) सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता प्राप्त गर्न नेपाल सरकारको प्रोटोकल अनुसार गर्भवती परिक्षण गरिएको हुनुपर्नेछ ।

(७) आमाले २ बर्ष सम्म बच्चाको नियमित रुपमा वृद्धि अनुगमन गर्नेछु र राष्ट्रिय खोप कार्यतालिका अनुसार खोप बच्चालाई लगाउछु भनेर प्रतिबद्धता जाहेर गरेको हुनुपर्नेछ ।

परिच्छेद -३

विविध

५. **खर्च व्यहोर्ने श्रोत:** यस मापदण्ड बमोजिम प्रदान गरिने सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता गाउँपालिकालाई सुत्केरी प्रोत्साहन सम्बन्धी शीर्षकमा संघ र प्रदेशबाट प्राप्त हुने वित्तीय सशर्त अनुदान एवं गाउँपालिकाको आन्तरिक श्रोत, समानीकरण अनुदान तथा राजस्व बाँडफाँडबाट प्रदान गरिनेछ ।

६. **प्रोत्साहन पाउने:** यो मापदण्ड लागू हुनुपूर्व नै ६ महिना पुगेको महिलाले यस मापदण्डबमोजिमको प्रोत्साहन पाउने छैनन् तर ६ महिना नपुगेको महिलाको हकमा मापदण्ड लागू भएको मितिदेखि ६ महिना नपुग्दासम्मको समयको प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराउनेछ ।

७. **मार्गनिर्देशन र सुझाव पालना:** कार्यपालिकाले सुत्केरि महिलालाई सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता उपलब्ध गराउने समय अवधिभित्र दिएको मार्गनिर्देशन र सुझाव पालना गर्नु सम्बन्धित सुत्केरी महिलाको कर्तव्य हुनेछ ।

८. **आवश्यक व्यवस्था मिलाउन सक्ने:** यस मापदण्डको कार्यान्वयनको क्रममा कुनै द्विविधा वा समस्या उत्पन्न भई बाधा अड्काउ परेमा कार्यपालिकाले त्यस्तो बाधा अड्काउ फुकाउन आवश्यक व्यवस्था गर्न सक्नेछ ।

९. **संशोधन गर्न सक्ने:** कार्यपालिकाले यस मापदण्डमा आवश्यक संशोधन गर्न सक्नेछ ।

अनुसूची १ स्थानिय तहबाट विनियोजित सुत्केरी पोषण भत्ताको निवेदन, संस्थाको सिफारिस एवं सो बुझ्नेको भर्पाई



गण्डकी गाँउपालिका
गण्डकी गाँउकार्यपालिकाको कार्यालय
स्वास्थ्य शाखा भुम्लिचोक
.....प्रा.स्वा.के. स्वास्थ्य चौकी



स्थानिय तहबाट विनियोजित सुत्केरी पोषण भत्ताको निवेदन

श्रीमान स्वास्थ्य सस्था प्रमुख ज्यु,
.....प्रा.स्वा.के./स्वास्थ्य चौकी
गण्डकी गाँउपालिका वडा नं
....., गोरखा
महोदय,

मैले यस स्वास्थ्य संस्थामा आएर ८ पटक गर्भवती जाँच गर्नुका साथै सामान्य प्रसुती सेवा, जटिलता युक्त प्रसुति सेवा, प्रसुति सम्बन्धि जटिलताको उपचार प्राप्त गरेको हुनाले स्वास्थ्य संस्थामा आँउदा जाँदा र प्रसुति पोषणको लागि गाँउपालिकाले प्रदान गर्ने सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता बापत मैले पाउने रकम भुक्तानी पाउँ ।

निवेदकको: जाति: प्रसुति भएको मिति:
नाम थर: ठेगाना: वडा नम्बर:
उमेर: प्रसुति भएको मिति:
दस्तखत: सम्पर्क नम्बर:

कार्यालय प्रयोजनको लागि सम्बन्धित कर्मचारीले गर्ने

- गर्भवति जाँच गराएको पटक स्वास्थ्य सस्थाको नाम:.....दर्ता नं.
- प्रोटोकल अनुसार सेवा लिएको छ/छैन
- मुल दर्ता नं..... प्रसुति दर्ता नं..... भर्ना मिति:.....
प्रसुति गराएको मिति:.....डिस्चार्ज मिति:
- प्रसुति सेवा दिएको विवरण (ठिक चिन्ह लगाउने)
- सामान्य प्रसुति गराएको
- जटिलतायुक्त प्रसुति गराएको

- जटिलता भई प्रेषण गरेको
- सेवा प्रदायकको नाम थर:..... पद:.....
- निजले प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भवति सेवा लिएको प्रमाणित गर्दछु । (चिन्ह लगाउने)
- निजले यस स्वास्थ्य संस्थामा निल्क प्रसुति सेवा लिएको प्रमाणित गर्दछु । (चिन्ह लगाउने)

दस्तखत

नाम:.....

पद:.....

मिति:.....

कार्यालयको छाप

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको सिफारिस

दरखास्त वालाले गाउँपालिकाको सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता प्राप्त गर्ने आधारहरू पुरा गरेकोले नियमानुसार भुक्तानी दिन सिफारिस गर्दछु ।

स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार: सरकारी गैर सरकारी निजी मेडिकल कलेज अन्य

दस्तखत:

नाम थर:

पद:

मिति:

कार्यालयको छाप:

सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता बुझेको भरर्पाइ

मले यस स्वास्थ्य संस्थामा आएर आमा सुरक्षा कार्यक्रम अन्तर्गत प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भवति जाँच सेवा लिइ यसै स्वास्थ्य संस्थाबाट गण्डकी गाउँपालिकाबाट मासिक रुपमा प्रदान गर्ने सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता रकम रकम रु ४०००।- अक्षेरुपी रु. चार हजार रुपिया मात्र बुझिलिइ यो भरर्पाई गरिदिउँ ।

नाम:.....

सम्पर्क नं:.....

दस्तखत:

मिती:.....

अनुसुची -३ प्रतिबद्धता पत्र

गण्डकी गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय /स्वास्थ्य शाखा

.....प्रा.स्वा.के./स्वा.चौ.

प्रतिबद्धता पत्र

गण्डकी गाउँपालिका वडा नम्बरस्थायी निवासी म सुत्केरी महिला श्री.....ले , मिति
.....गतेका दिनअस्पताल /प्रा.स्वा.के/ स्वा.चौ. मा
सुत्केरी भएको र गण्डकी गाउँपालिका द्वारा सुत्केरी महिलालाई वितरण गरिएको सुत्केरी प्रोत्साहन भत्ता प्राप्त गर्ने
मापदण्ड बमोजिम निम्न अनुसार प्रतिबद्धता जाहेर गर्दछु |

१.म आफ्नो बच्चालाई जन्मिए देखि २ बर्ष सम्म नियमित रुपमा स्वास्थ्य संस्था ल्याएर पोषण लेखाजोखा गर्नेछु |

२.म आफ्नो बच्चालाई नेपाल सरकारको राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार लगाउनु पर्ने सम्पूर्ण खोप समयमा लगाउनेछु |

३.म आफ्नो बच्चालाई ६ महिना सम्म पूर्ण स्तनपान गराउनेछु र ६ महिना पछि थप पुरक खाना खुवाउनेछु |

४.म गण्डकी गाउँपालिकाबाट प्राप्त भएको सुत्केरी प्रोत्साहन रकम पोषण खर्च ब्यबस्थापनमा खर्च गर्नेछु |

सुत्केरी महिलाको

नाम ,थर :

हस्ताक्षर :

फोन नम्बर :

नर्सिङ्ग कर्मचारीको

नाम ,थर :

हस्ताक्षर :

फोन नम्बर :