स्थानीय राजपत्र

भरतपुर महानगरपालिकाद्वारा प्रकाशित

खण्डः १०, संख्याः १, मितिः २०८३/०६/१४

भाग–२

निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन मापदण्ड, २०८३

भरतपुर महानगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

भरतपुर, चितवन

बागमती प्रदेश, नेपाल

निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन मापदण्ड, २०८३

पारित मितिः २०८३/०६/०२
प्रमाणीकरण मितिः २०८३/०६/१४

१. प्रस्तावना

भरतपुर महानगरपालिकाभित्र रहेका भूमिहीन दलित, भूमिहीन सुकुम्बासी, अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख समुदाय तथा अति विपन्न परिवारलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गराई स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सुनिश्चित गर्न महानगरपालिकाबाट स्वास्थ्य बीमा रकम व्यहोर्ने उद्देश्यले भरतपुर महानगरपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने) नियमावली, २०७६ को नियम (२) बमोजिम भरतपुर महानगरपालिकाद्वारा यो मापदण्ड लागू गरिएको छ।

२. उद्देश्य

(क) आर्थिक रूपमा कमजोर तथा जोखिममा रहेका परिवारलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्ध गराउने।

(ख) स्वास्थ्य सेवामा समान पहुँच र सामाजिक संरक्षणमा योगदान पुर्‍याउने।

(ग) लक्षित वर्ग पहिचान, छनौट र अनुदान वितरण प्रक्रियालाई पारदर्शी तथा व्यवस्थित बनाउने।

३. लक्षित लाभग्राही

(क) भूमिहीन दलित परिवार

(ख) भूमिहीन सुकुम्बासी परिवार

(ग) अति सिमान्तकृत तथा लोपोन्मुख समुदाय

(घ) अति विपन्न परिवार

४. लाभग्राही छनौटका मापदण्डहरू/आधारहरु

(क) भरतपुर महानगरपालिकाको स्थायी बासिन्दा

(ख) भूमिहीन दलित वा भूमिहीन सुकम्बासी वा अति सीमान्तकृत/लोपोन्मुख समुदाय वा अति विपन्न परिवार

(ग) एउटै परिवारले अन्य माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा सहुलियत प्राप्त नगरेको

(घ) अति विपन्न आर्थिक अवस्था प्रमाणित हुने कागजात/सिफारिस भएको

५. कार्यक्रममा समावेश नहुने अवस्था

(क) अन्य कुनै निकायवाट स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध वा सहुलियत प्राप्त गरिरहेको।

(ख) परिवारको कुनै सदस्य सरकारी सेवामा स्थायी वा अस्थायी रुपमा कार्यरत रहेको।

(ग) परिवारको कुनै सदस्य नियमित प्रकृतिको अस्थायी सेवामा कार्यरत रहेको।

(घ) परिवारको कुनै सदस्य वैदेशिक रोजगारीमा रहेको।

(ङ) परिवारको बालबालिका संस्थागत विद्यालयमा अध्ययनरत रहेको।

(च) परिवारको आर्थिक अवस्था अत्यन्तै कमजोर प्रमाणित भई आएको खण्डमा माथिका (घ) र (ङ) अवस्था लागू हुने छैन।

६. परिवारको बीमा तथा सहुलियत

(क) छनौट भएको परिवारको स्वास्थ्य बीमाको योगदान रकम (प्रिमियम) पूर्ण रूपमा महानगरपालिकाले व्यहोर्ने व्यवस्था हुनेछ।

(ख) ५ जनासम्मको परिवारलाई एक बीमा एकाइ मानिनेछ। ५ जनाभन्दा बढी भए थप ३ जनासम्मको योगदान रकम पनि व्यहोर्न सकिनेछ।

७. निवेदन तथा सिफारिस प्रक्रिया

(१) लाभग्राहीले सिफारिसका लागि अनुसूची १ बमोजिमको ढाँचामा सम्बन्धित टोल विकास संस्थामा निवेदन दिने।

(२) टोल विकास संस्थाले आवश्यकता अनुसार स्थलगत जाँचबुझ गरी अनुसूची २ बमोजिम वडा कार्यालयमा सिफारिस गरी पठाउने।

(३) लाभग्राहीले टोल विकास संस्थाको सिफारिस सहित अनुसूची ४ को पारिवारिक विवरण समावेश गरी अनुसूची ३ बमोजिमको ढाँचामा सम्बन्धित वडा कार्यालयमा निवेदन दिने।

(४) लाभग्राहीले वडा कार्यालयमा आवेदन दिदाँ आफू र परिवार अनुसूची ५ बमोजिम आर्थिक रूपमा अति विपन्न रहेको स्वघोषणा गर्नुपर्ने।

(५) प्राप्त निवेदनहरु मध्य वडा कार्यालयले आवश्यकता अनुसार स्थलगत जाचँबुज तथा प्रमाणीकरण गरी वडा समितिको निर्णयसहित सहुलियत उपलब्ध गराउनुपर्ने परिवारको एकमुष्ट सूची तयार गर्ने।

(६) वडा कार्यालयले स्वास्थ्य बीमा सहुलियत उपलब्ध गराउने परिवारको सूची सहितको विवरण सबै सक्कल कागजात संलग्न गरी वडा समितिको निर्णय सहित अनुसूची ७ समावेश गरी अनुसूची ६ बमोजिमको ढाँचामा महानगरस्तरीय व्यवस्थापन समितिमा सिफारिस गर्ने।

(७) महानगरस्तरीय स्वास्थ्य बीमा व्यवस्थापन समितिले वडाबाट सिफारिस भई आएका निवेदनहरुको अध्ययन गरी निशुल्क स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध गरिने परिवारको छनौट गर्ने।

(८) निशुल्क स्वास्थ्य बीमामा आवद्धताका लागि छनौट भएका परिवारको स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धित वडा कार्यालयको सहजिकरणमा स्वास्थ्य बीमा बोर्ड एवं दर्ता सहयोगी मार्फत गरिने।

(९) अन्तिम लाभग्राही छनौटको निर्णय महानगरस्तरीय स्वास्थ्य बीमा व्यवस्थापन समितिबाट हुनेछ।

८. आवश्यक कागजात

(१) निवेदन फाराम

(२) नेपाली नागरिकताको प्रतिलिपि

(३) राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि

(४) नावालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि

(५) परिवारका सदस्यहरूको विवरण (एकाघर नाता खुलेको)

(६) टोल विकास संस्था र वडा कार्यालयको सिफारिस

(७) आर्थिक रूपमा अति विपन्न रहेको स्वघोषणा

(८) महानगरपालिकाले उपलब्ध गराएको निस्सा/परिचय पत्र

९. महानगरस्तरीय स्वास्थ्य बीमा व्यवस्थापन समिति

(१) यस कार्यक्रम सञ्चालन, व्यवस्थापन, समन्वय समेत गर्नका लागि देहाय बमोजिम व्यवस्थापन समिति गठन हुनेछ।

(क) महानगर प्रमुख - संयोजक

(ख) प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत - सदस्य

(ग) सामाजिक विकास समितिको संयोजक - सदस्य

(घ) कार्यपालिका सदस्यहरु मध्य संयोजकले मनोनयन गरेको १ जना

- सदस्य

(ङ) आर्थिक प्रशासन महाशाखा प्रमुख - सदस्य

(च) स्वास्थ्य तथा सामाजिक विकास महाशाखा प्रमुख - सदस्य

(छ) जनस्वास्थ्य अधिकृत - सदस्य सचिव

समितिले आवश्यक सहजिकजरणका लागि वडाध्यक्ष तथा अन्य सरोकारवाला व्यक्ति वा संस्थाका प्रतिनिधीलाई बैठकमा आमन्त्रित गर्न सक्नेछ।

(२) व्यवस्थापन समितिको बैठक आवश्यकता अनुसार बस्नेछ।

१०. व्यवस्थापन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार : व्यवस्थापन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ।

(क) निशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध हुनका लागि वडा कार्यालयबाट सिफारिस भई आएका निवेदन तथा कागजातहरुको अध्ययन गरी योग्य निवेदकहरुलाई सहुलियत प्रदान गर्न निर्णय गर्ने।

(ख) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सहजिकरणका लागि वडा कार्यालय, अस्पताल, दर्ता सहयोगी एवं कर्मचारीहरुलाई मार्गदर्शन गर्ने।

(ग) मापदण्ड अनुसार छनौट भएका महानगरवासीहरुलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गराउन व्यवस्था मिलाउने।

(घ) कार्यक्रमको कार्यान्वयन गर्नका लागि विभिन्न सरोकारवाला निकाय तथा संघसंस्थाहरुसँग समन्वय गर्ने।

(ङ) कार्यक्रम संचालनका लागि अन्य आवश्यक कार्य गर्ने।

११. पारदर्शिता तथा अभिलेख व्यवस्थापनः लाभग्राही छनौट, सिफारिस, स्वीकृति तथा बीमा आबद्धता सम्बन्धी अभिलेख सम्बन्धित शाखा तथा वडा कार्यालयले व्यवस्थित रूपमा राख्नेछ। लाभग्राहीको नामावली लगायत विवरण महानगरपालिकाको वेबसाईट एवं अन्य माध्यमवाट सार्वजनिक गरिनेछ।

१२. कार्यान्वयन तथा अन्य व्यवस्थाः यो मापदण्ड आ.व. २०८३/८४ मा कार्यक्रम कार्यान्वयका लागि प्रयोग हुनेछ। कार्यान्वयनका क्रममा आवश्यक देखिएमा प्रचलित कानुन, स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी व्यवस्था तथा महानगरपालिकाको निर्णयअनुसार कार्यपालिकाबाट आवश्यक संशोधन गर्न सकिनेछ ।

अनुसूची १

क्र.सं. ७ (१) सँग सम्बन्धित

टोल विकास संस्थामा पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा

मिति: २०...... ।.... ।....

श्री अध्यक्षज्यू
......टोल विकास संस्था
भरतपुर महानगरपालिका- ...., चितवन ।

विषय: नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा भरतपुर महानगरपालिका वडा नं......, ... टोल, चितवन निवासी वर्ष .... को म (घरमुलीको नाम) .... भरतपुर महानगरपालिकाको नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समावेश हुन इच्छुक रहेको र मेरो/हाम्रो परिवारको आर्थिक तथा सामाजिक अवस्था भूमिहीन दलित / भूमिहीन सुकुम्बासी /अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख /अति विपन्न परिवार रहेको हुँदा नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्धताका लागि वडा कार्यालयमा सिफारिस गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

लक्षित समूह (कुनै एक छान्नुहोस्):

भूमिहीन दलित ☐ भूमिहीन सुकुम्बासी ☐
अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख ☐ आर्थिक रूपमा अति विपन्न परिवार ☐

निवेदक
नाम:
ठेगाना :
सम्पर्क नं.:
हस्ताक्षर:

अनुसूची २

क्र.सं. ७ (२) सँग सम्बन्धित

टोल विकास संस्थाले गर्ने सिफारिसको ढाँचा

मिति: २०....... ।.......।......

श्रीमान् वडाध्यक्षज्यू
... नं. वडा कार्यालय
भरतपुर महानगरपालिका।

विषय: नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता सम्बन्धमा।

उपरोक्त सम्बन्धमा यस वडामा बसोबास गर्ने श्री .... को निवेदन बमोजिम निजको परिवार भरतपुर महानगरपालिकाले प्रदान गर्ने नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धताका लागि लक्षित समूहमा पर्ने भएकोले वडा कार्यालयमा सिफारिस गरिदिनुहुन भनी अनुरोध भई आएकोमा निवेदकको विवरण ठीक साँचो रहेकोले सहुलियतका लागि सिफारिस गरिएको ब्यहोरा अनुरोध गरिन्छ।

विवरण

घरमुलीको नाम थर:
टोलको नाम:
घरमुली सहित जम्मा परिवार सख्या: .... जना
लक्षित समूह (कुनै एक छान्नुहोस्):

भूमिहीन दलित ☐ भूमिहीन सुकुम्बासी ☐
अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख ☐ अति विपन्न परिवार ☐

....
अध्यक्ष
टोल विकास संस्था

अनुसूची ३
क्र.स. ७ (३) सँग सम्बन्धित

वडामा पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा

मिति: २०...... ।.... ।....

श्रीमान् वडाअध्यक्षज्यू
... नं. वडा कार्यालय
भरतपुर महानगरपालिका ।

विषय:-नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा भरतपुर महानगरपालिका वडा नं......, ... टोल, चितवन निवासी वर्ष .... को म (घरमुलीको नाम) .... भरतपुर महानगरपालिकाको नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समावेश हुन इच्छुक रहेको र मेरो/हाम्रो परिवारको आर्थिक तथा सामाजिक अवस्था भूमिहीन दलित /भूमिहीन सुकुम्बासी /अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख / अति विपन्न परिवार रहेको हुँदा नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्धताका लागि आवश्यक कागजातहरु यसै साथ संलग्न राखी यो निवेदन पेश गरेको छु ।

संलग्न कागजातहरु:

क) परिवारका सदस्यहरूको विवरण (अनुसूची ४ बमोजिम)
ख) आर्थिक रुपमा विपन्न रहेको स्वघोषणा (अनुसूची ५ बमोजिम)
ग) नेपाली नागरिकताको प्रतिलिपि (परिवारका सवै सदस्यहरुको)
घ) राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि (परिवारका सवै सदस्यहरुको)
ङ) नावालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि
च) टोल विकास संस्थाको सिफारिस (अनुसूची २ बमोजिम)
छ) भरतपुर महानगरपालिकाले उपलब्ध गराएको निस्सा/परिचय पत्र
ज) घरमुली सहित जम्मा परिवार संख्या....... जना

निवेदक
नाम:
ठेगाना:
सम्पर्क नं.:
हस्ताक्षर:

अनुसूची ४

क्र.सं. ७ (३) सँग सम्बन्धित

पारिवारिक विवरण

स्थानीय तह: **भरतपुर महानगरपालिका** वडा नं.: टोलको नाम:

लक्षित समूह (कुनै एक छान्नुहोस्):

भूमिहीन दलित ☐ भूमिहीन सुकुम्बासी ☐

अति सिमान्तकृत वा लोपोन्मुख ☐ अति विपन्न परिवार ☐

घरमुलीको विवरण

नाम थर: लिङ्ग: म/पु जन्म मिति:

नागरिकता नं.: राष्ट्रिय परिचयपत्र नं.:

पेशा/आम्दानीको मुख्य स्रोत: मोबाइल नं.:

परिवारको विवरण

क्र. सं.	परिवारका सदस्यको नाम	नाता	लिङ्ग	जन्म मिति	नागरिकता नं./ जन्मदर्ता नं.	राष्ट्रिय परिचयपत्र नं.	मोबाइल नं.
१							
२							
३							
४							
५							
६							
७							
८							

निवेदकको नाम र हस्ताक्षर: ....

मिति: ....

अनुसूची ५

क्र.स. ७ (४) सँग सम्बन्धित

आर्थिक रुपमा विपन्न रहेको स्वघोषणा

श्रीमान् वडाअध्यक्षज्यू

... नं. वडा कार्यालय, भरतपुर महानगरपालिका।

विषय: निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धताको लागि स्वघोषणा सम्बन्धमा।

उपरोक्त सम्बन्धमा म भरतपुर महानगरपालिका वडा नं........., चितवन निवासी श्री .... भरतपुर महानगरपालिकाबाट प्रदान गरिने **निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा** कार्यक्रममा आबद्ध हुन ईच्छुक रहेको साथै मेरो/हाम्रो परिवारको आर्थिक तथा सामाजिक अवस्था तपसिल बमोजिम भूमिहीन दलित / भूमिहीन सुकुम्बासी / अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख / अति विपन्न परिवार रहेको **स्वघोषणा** गर्दछु।

क्र. सं.	**विवरण**	**भएको/ भएको**
१	लक्षित समूह: भूमिहीन दलित:	हो ☐ हैन ☐
	लक्षित समूह: भूमिहीन सुकम्बासी:	हो ☐ हैन ☐
	लक्षित समूह: अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख समुदाय:	हो ☐ हैन ☐
	लक्षित समूह: अति विपन्न परिवार:	हो ☐ हैन ☐
२	अति विपन्न आर्थिक अवस्था प्रमाणित हुने कागजात/ सिफारिस भएको:	छ ☐ छैन ☐
३	परिवारले अन्य माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा सहुलियत प्राप्त नगरेको:	छ ☐ छैन ☐
४	परिवारको कुनै सदस्य सरकारी सेवामा स्थायी वा अस्थायी रुपमा कार्यरत:	छ ☐ छैन ☐

क्र. सं.	विवरण	भएको/ भएको
५	परिवारको कुनै सदस्य वैदेशिक रोजगारीमा रहेको:	छ ☐ छैन ☐
६	परिवारको कुनै सदस्य नियमित प्रकृतिको अस्थायी सेवामा कार्यरत रहेको:	छ ☐ छैन ☐
७	परिवारको बालबालिका संस्थागत विद्यालयमा अध्ययनरत रहेको:	छ ☐ छैन ☐

यस स्वघोषणा-पत्रमा उल्लिखित सम्पूर्ण विवरणहरू सत्य, सही तथा पूर्ण छन् । भविष्यमा यसमा उल्लिखित कुनै विवरण झुठो, भ्रामक वा तथ्य लुकाई पेश गरिएको प्रमाणित भएमा प्रचलित कानून बमोजिम हुने कारबाही, दण्ड, सजाय वा अन्य कानूनी परिणामसमेत म स्वयं जिम्मेवार भई स्वीकार गर्दै देहाय बमोजिम हस्ताक्षर सहित यो स्वघोषणा गरेको छु ।

स्वघोषणा गर्नेको

हस्ताक्षर:

नाम थर:

सम्पर्क नं.:

मिति:

दाँया वाँया औठाको ल्याप्चे

दाँया	वाँया

अनुसूची ६

क्र.स. ७ (६) सँग सम्बन्धित

वडा कार्यालयले गर्ने सिफारिसको ढाँचा

मिति: २०...... ।.... ।....

श्री भरतपुर महानगरपालिका,
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय,
भरतपुर, चितवन ।

विषय: नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा भरतपुर महानगरपालिका मार्फत नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धताका लागि पेश हुन आएका निवेदनहरुको कागजात अध्ययन साथै आवश्यकताका आधारमा स्थलगत जाँचबुझ समेत गरी भरतपुर महानगरपालिका नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा मापदण्ड, २०८३ बमोजिम योग्य यसैसाथ संलग्न सूची बमोजिमका निवेदकहरुको निशुल्क स्वास्थ्य बीमामा आवद्धताका लागि आवश्यक प्रक्रिया अगाडी बढाइदिनुहुन वडा समितिको निर्णय सहित सिफारिस गरिएको व्यहोरा अनुरोध छ । सिफारिस भएका (घरधुरी उल्लेख गर्ने) ..... परिवारहरुको विस्तृत विवरण साथै सक्कल कागजातहरु समेत यसैसाथ संलग्न गरी पठाइएको व्यहोरा अनुरोध छ ।

....

वडाध्यक्ष

अनुसूची ७

क्र.स. ७ (६) सँग सम्बन्धित

निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धताका लागि सिफारिस गरिएको विवरण

जिल्ला: चितवन **स्थानीय तह**: भरतपुर महानगरपालिका **वडा नं.**:

क्र. सं.	घरमुलीको नाम थर	नागरिकता नं.	लक्षित समूह*	सम्पर्क नं.	परिवार संख्या	कैफियत
१						
२						
३						
४						
५						
६						
७						
८						
९						
१०						

** भूमिहीन सुकुम्बासी/भुमिहीन दलित/अति सीमान्तकृत वा लोपोन्मुख /अति विपन्न*

प्रमाणित गर्नेको:

हस्ताक्षर: ....

नाम थर: ....

पद: वडाध्यक्ष

मिति: ....

कार्यालयको छाप:

आज्ञाले ,

वीरेन्द्रदेव भारती

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत