

१. अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपोन्मुख सुत्केरी आमा पोषिलो खाना कार्यक्रम

खर्च शीर्षक	लक्ष्य/इकाई	विनियोजित रकम (रु)	समयावधि (चौमासिक)
२२५२२	१/पटक	कास्की र बागलुङ १ करोड, गोरखा, नवलपरासी पूर्व र स्याङ्जा ९५ लाख, तनहुँ ९० लाख, लमजुङ ८० लाख, पर्वत र म्याग्दी ७५ लाख, मुस्ताङ २५ लाख र मनाङ २० लाख को दरले	दोस्रो र तेस्रो
विषयवस्तु	विवरण		
परिचय	मानव स्वास्थ्य र विकासको लागि पोषणको महत्वपूर्ण भुमिका हुन्छ। अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपोन्मुख समुदायका सुत्केरी आमा र बच्चाहरु कुपोषणको जोखिममा हुने सम्भावना प्रबल हुने हुँदा सुत्केरी भएको ४५ औँ दिनसम्म पोषिलो खानाको लागि पोषण खर्च उपलब्ध गराई उनीहरुको पोषण अवस्थामा सुधार गरी स्वास्थ्य अवस्थालाई सुदृढ गर्न यो कार्यक्रम राखिएको हो ।		
उद्देश्य	लक्षित समूहका आमा र बच्चाहरुको पोषण अवस्थामा सुधार ल्याई स्वास्थ्य अवस्था सुदृढ गर्नु ।		
अपेक्षित प्रतिफल	अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपोन्मुख समुदायका सुत्केरी आमा र उनीहरुबाट जन्मने बच्चाहरुको पोषण अवस्थामा सुधार भएको हुनेछ ।		
कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने निकाय	११ वटै स्वास्थ्य कार्यालयहरु		
कार्यसञ्चालन प्रकृया	- यस कार्यक्रम अन्तर्गत लक्षित वर्ग भन्नाले निम्नानुसारका सुत्केरी आमालाई जनाउँदछः ➤ अति विपन्न ➤ दलित ➤ अपाङ्ग ➤ लोपोन्मुख समुदाय - गण्डकी प्रदेशमा स्थायी बसोवास भई प्रदेश भित्र वा प्रदेश बाहिरका स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी भएका महिलालाई स्थायी बसोवास रहेको गण्डकी प्रदेशका सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यालय मार्फत सुविधा प्रदान गर्नुपर्नेछ । - गर्भपतन गराएका महिलाको हकमा यो कार्यक्रमबाट पोषण खर्च उपलब्ध गराइने छैन । - स्वास्थ्य कार्यालयहरुले स्थानीय तहसँग समन्वय गरी आ.व.२०७९/८० मा सुत्केरी भएका र गर्भवति महिलाहरुको नामावली तयार गरेर राख्नु पर्दछ । सोही अनुरूप लक्षित वर्गका महिलाहरुले पोषिलो खाना खर्चका लागि पाउने रकम बाँडफाँड गरी कार्ययोजना बनाउनुपर्दछ । - चालु आ.व.२०७९/८० को श्रावण महिनादेखि माघ महिना सम्म सुत्केरी भएका लक्षित		

	महिलाको हकमा सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यालयले सूचना प्रकाशन गरेको १ महिना भित्र र माघ मसान्त पछि सुत्केरी हुने महिलाको हकमा सुत्केरी भएको मितिले १ महिना भित्रमा पोषण खर्च प्राप्त गर्नका लागि निवेदन पेश गर्नुपर्नेछ । - रितपूर्वक निवेदन प्राप्त भएका लक्षित समूहका सुत्केरी महिलाहरूले दिनको रु.२००/- का दरले ४५ दिनको लागि जम्मा हुन आउने एकमुष्ट रु. ९०००/- प्राप्त गर्नका लागि अनुसूचीमा तोकिए बमोजिमको कागजात संलग्न राखी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा निवेदन पेश गर्नुपर्नेछ - निवेदन साथ निम्नानुसारका कागजात संलग्न गर्नुपर्नेछ । - सम्बन्धित वडा कार्यालयबाट लक्षित वर्ग अन्तर्गत पर्ने भनी गरिएको सिफारिस - परिचय खुल्ने कागज (नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र वा जग्गाधनी पूर्जा वा नेपाल सरकार/प्रदेश सरकार/स्थानीय तहबाट जारी भएको व्यक्तिको विवरण खुल्ने कागजपत्र) - स्थानिय पञ्जिकाधिकारीबाट जारी भएको जन्म दर्ताको प्रमाणपत्र वा स्वास्थ्य संस्थाबाट जारी भएको जन्म प्रमाणपत्र (Birth Certificate) वा घरमा सुत्केरी भएको हकमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट सिफारिस - सुत्केरी महिलाको नाममा खोलिएको बैङ्कको खाता नम्बर स्पष्ट खुल्ने चेकको प्रतिलिपि । - अनुसूची १ अनुसारको लाभग्राहीको प्रतिबद्धता तथा स्वघोषणा सहितको निवेदन । - स्वास्थ्य संस्थाले उल्लिखित कागजातहरू रुजु गरी ती कागजातहरूका साथमा अनुसूची २ मा उल्लेख भए बमोजिमको विवरण तयार गरी सम्बन्धित स्थानिय तहको स्वास्थ्य शाखामा सिफारिस गरी पठाउने । - सम्बन्धित स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखाले ती कागजातहरू सहित अनुसूची ३ मा उल्लेख भए बमोजिमको विवरण तयार गरी यथाशिघ्र स्वास्थ्य कार्यालयमा सिफारिस गरी पठाउने । - स्वास्थ्य कार्यालयले सम्पूर्ण कागजात रुजु गरेपश्चात् तोकिए बमोजिम अभिलेखिकरण गरी यथाशिघ्र लाभग्राहीलाई विद्युतिय माध्यमबाट पोषण खर्च भुक्तानी गर्ने । - अनुसूची ४ अनुसार मासिक रूपमा सुविधा प्राप्त गर्ने व्यक्तिको नाम, थर, ठेगाना, लक्षित वर्ग र सम्पर्क नम्बर सहितको विवरण स्वास्थ्य कार्यालयको सूचना पाटी र Website मा सार्वजनिक गर्नुका साथै सम्बन्धित व्यक्तिलाई सुसुचित गराउने । - स्वास्थ्य संस्थामा पूर्व प्रसुति (ANC) जाँच गराउन आउने गर्भवती महिलालाई यस कार्यक्रम सम्बन्धमा जानकारी दिने, आफ्नो नामको बैङ्क खाता खोल्न तथा उपलब्ध हुने सुविधाको पूर्णरूपमा उपयोग गर्नुपर्ने सम्बन्धमा जानकारी गराउने । - मासिक रूपमा हुने महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको बैठकमा कार्यक्रमसंग सम्बन्धित विषय छलफल गर्नुका साथै स्वास्थ्य आमा समूहको बैठकमा सो सम्बन्धमा छलफल गर्नका लागि अनुरोध गर्ने । - स्वास्थ्य कार्यालयमा विनियोजित “आम सञ्चार माध्यम मार्फत पोषण सम्बन्धी सचेतना कार्यक्रम विकास, प्रसारण एवं प्रकाशन” शीर्षकबाट मन्त्रालयको समन्वयमा यस कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सन्देश
	तयार गरी जिल्ला स्थित स्थानिय सञ्चार माध्यमबाट प्रकाशन/प्रसारण गर्ने । तोकिए अनुसार मासिक रूपमा अभिलेख र प्रतिवेदन गर्ने ।
बजेट बाँडफाँड	प्रचलित आर्थिक ऐन नियम एवं गण्डकी प्रदेश सरकारको खर्च मापदण्ड, २०७९, बमोजिम बजेट बाँडफाँड गरी बजेटको सीमा भित्र रहि खर्च गर्न सकिने छ ।
अनुगमन र मूल्यांकन	सामाजिक विकास तथा स्वास्थ्य मन्त्रालय र स्वास्थ्य निर्देशनालय, गण्डकी प्रदेशबाट कार्य प्रगतिको अनुगमन हुनेछ ।
प्रतिवेदन	कार्यक्रम सञ्चालन पश्चात स्वास्थ्य कार्यालयले प्रतिवेदन तयार गरी मन्त्रालयमा पेश गर्ने ।

अनुसूची-१

पोषण खर्च भुक्तानीको लाभग्राहीको निवेदन र स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस

श्रीमान कार्यालय प्रमुख ज्यू,

मिति:.....

स्वास्थ्य कार्यालय.....

विषय: पोषण खर्च भुक्तानी सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा म निवेदक गण्डकी प्रदेश सरकारबाट आर्थिक वर्ष २०७९/०८० को आमा तथा बालबालिकाको पोषण सुधार आयोजना अन्तर्गतको अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपन्मुख सुत्केरी आमा पोषण कार्यक्रमको मापदण्ड बमोजिमको पोषण खर्च प्राप्त गर्ने लाभग्राही हुँ । मैले उल्लेखित कार्यक्रमबाट प्राप्त हुने रकम पोषिलो खानेकुरा व्यवस्थापन गर्नका लागि मात्र खर्च गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु । मैले यसै प्रकृतिको सुविधा अन्य निकायबाट प्राप्त नगरेको स्व-घोषणा गर्दछु । अतः मलाई मापदण्डमा उल्लेख भए अनुसारको दैनिक रु.२००।— (दुई सय मात्र) का दरले ४५ (पैंतालिस) दिनको एकमुष्ट रु.९,०००।— (नौ हजार मात्र) मेरो नाममा रहेको बैंकको, शाखामा रहेको खाता नं..... मार्फत भुक्तानी गरिदिनुहुन तपसिल बमोजिमका कागजपत्रहरू संलग्न गरी यो निवेदन पेश गरेकी छु ।

तपसिल

१. सम्बन्धित वडा कार्यालयबाट निवेदक अति विपन्न वा दलित वा अपाङ्ग वा लोपन्मुख जाती रहेको भनी गरेको सिफारिस-पत्र ।
२. परिचय खुल्ने कागज (नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र वा जग्गाधनी पूर्जा वा नेपाल सरकार/प्रदेश सरकार/स्थानीय तहबाट जारी भएको व्यक्तिको विवरण खुल्ने कागजपत्र)
३. स्थानिय पञ्जिकाधिकारीबाट जारी भएको जन्म दर्ताको प्रमाणपत्र वा स्वास्थ्य संस्थाबाट जारी भएको जन्म प्रमाणपत्र (Birth Certificate) वा घरमा सुत्केरी भएको हकमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट सिफारिस
४. सुत्केरी महिलाको नाममा खोलिएको बैंकको खाता नम्बर स्पष्ट खुल्ने चेकको प्रतिलिपि ।

.....
(हस्ताक्षर)

नामथर:.....

ठेगाना:.....

फोन नं.....

स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस

उल्लिखित विवरणहरूको बेहोरा साँचो रहेको हुनाले पेश भए बमोजिमको पोषिलो खाना खर्च भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछु ।

सिफारिस गर्ने स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नामथर:.....

पद:..... फोन नं.....

हस्ताक्षर..... मिति:.....

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:.....

सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको छाप

स्वास्थ्य संस्थाले राख्ने अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपोन्मुख सुत्केरी पोषण खर्च सम्बन्धी विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:.....

[illegible]

अनुसूची-३

अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपोन्मुख सुत्केरी पोषण खर्च भुक्तानीका लागि स्थानीय तहले गर्ने सिफारिस

मिति:.....

श्री स्वास्थ्य कार्यालय

विषय: पोषिलो खर्च भुक्तानीको लागि सिफारिस गरिएको सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा यस गाउँपालिका/नगरपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाबाट गण्डकी प्रदेश सरकारबाट आर्थिक वर्ष २०७९/०८० को आमा तथा बालबालिकाको पोषण सुधार आयोजना अन्तर्गतको अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपोन्मुख सुत्केरी आमा पोषण कार्यक्रमको मापदण्ड बमोजिमको पोषिलो खर्च भुक्तानीका लागि सिफारिस भई आएको हुनाले तपसिल बमोजिमका लाभग्राहीहरूलाई भुक्तानीका प्राप्त भएका विवरण समेत यसैसाथ संलग्न गरि सम्बन्धित लाभग्राहीको बैंक खातामा भुक्तानीका लागि पठाइएको व्यहोरा अनुरोध छ ।

क्र.स.	लाभग्राहीको नामथर	ठेगाना	सुत्केरी भएको मिति	लाभग्राहीको वर्ग (अति विपन्न/दलित/अपाङ्ग/लोपोन्मुख)	सम्पर्क नं.	सिफारिस गर्ने स्वास्थ्य संस्था	कैफियत

.....

नाम थर:.....

स्वास्थ्य संयोजक

.....गाउँपालिका/नगरपालिका

अनुसूची-४

अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपोन्मुख सुत्केरी पोषण खर्च प्राप्त गरका लाभग्राहीहरूको विवरण

क्र.स.	लाभग्राहीको नामथर	ठेगाना	सुत्केरी भएको मिति	लाभग्राहीको वर्ग (अति विपन्न/दलित/अपाङ्ग/लोपोन्मुख)	सम्पर्क नं.	सिफारिस गर्ने स्थानीय तह	कैफियत

.....
तयार गर्ने

.....
प्रमाणित गर्ने