

प्रदेश सरकार
सामाजिक विकास मन्त्रालय
बागमती प्रदेश
हेटौंडा मकवानपुर

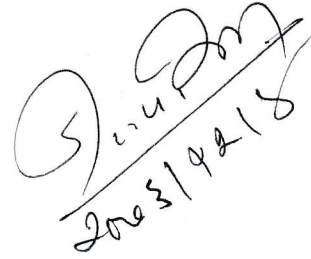
सामुदायिक तथा गैर नाफामूलक अस्पतालहरुलाई सेवा विस्तार अनुदान दिने सम्बन्धी प्रस्ताव आवहानको
सूचना

(प्रकाशित मिति: २०७६/१२/०४)

यस मन्त्रालयको आ.व २०७६/०७७ को स्वीकृत कार्यक्रम बमोजिम "सामुदायिक तथा गैर नाफामूलक अस्पतालहरुलाई सेवा विस्तार अनुदान कार्यक्रम" अन्तर्गत बागमती प्रदेश भित्र सञ्चालित सामुदायिक तथा गैर नाफामूलक अस्पतालहरुलाई सेवा विस्तार अनुदान दिने कार्यक्रम रहेको हुँदा अनुदान प्राप्त गर्न ईच्छुक गैर नाफामूलक र सामुदायिक अस्पतालले यो सूचना प्रकाशित भएको मितिले १५ (पन्ध्र) दिन भित्र कार्यालय समयमा तोकिएको ढाँचामा आवेदन दिन हुन सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ। आवेदन फारम र प्रस्तावको ढाँचाको विस्तृत विवरण मन्त्रालयको वेबसाईट mosd.p3.gov.np मा उपलब्ध छ। साथै आवेदनमा अनुदान रकम बढीमा रु. बीस लाख सम्मको प्रस्ताव गर्नु पर्ने छ।

थप जानकारीको लागि

सामाजिक विकास मन्त्रालय,
बागमती प्रदेश, हेटौंडा मकवानपुर, नेपाल।
फोन नं. ९८५१२३९०२०


2076/12/18



श्री सचिवज्यू
सामाजिक विकास मन्त्रालय
बागमती प्रदेश, हेटौडा ।

विषय: अनुदान उपलब्ध गराई दिनुहुन ।

प्रस्तुत विषयमा त्यस मन्त्रालयबाट मिति मा प्रकाशित सूचना अनुसार " सामुदायिक तथा गैर नाफामूलक अस्पताललाई सेवा विस्तार अनुदान कार्यक्रम " को लागि अनुदान प्राप्त गर्न "सामुदायिक तथा गैर नाफामूलक अस्पताललाई सेवा विस्तार अनुदान कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि २०७६" को दफा ५ को उपदफा (१) बमोजिमको विवरण तपशिलमा उल्लेख गरी कार्ययोजनामा उल्लेखित कार्यक्रम सञ्चालन गर्न अनुदान उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध गर्दछौं । उक्त कार्यक्रममा छनौट भएमा कार्ययोजनामा उल्लेख भए बमोजिमको कार्य गर्ने गर्नेछु/छौं । साथै कार्ययोजना अनुसारको कार्य नगरेमा प्राप्त अनुदान रकम प्रचलित ब्याजसहित अनुदान प्रदान गर्ने मन्त्रालयमा फिर्ता गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु/छौं । यसमा लेखिए बमोजिम नगरे प्रचलित कानून बमोजिम सहैला/बुझाउँला ।

कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने प्रमुख

दस्तखत:

नाम थर:

पद:

अस्पतालको नाम:

सम्पर्क नम्बर:

मिति:

छाप:

दाँया

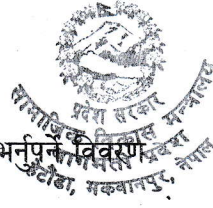
बाँया

Handwritten signature

Handwritten signature

सामाजिक विकास मन्त्रालय
बागमती प्रदेश, हेटौडा

Handwritten signature
गोकर्णमणि बुढा
सचिव



तपशिलः

अनुदान माग गर्ने अस्पतालले अनुदान माग गर्दा भर्नापत्र विवरण

१. अस्पतालको परिचय

नामः

ठेगाना/जिल्लाः

सम्पर्क टेलिफोनः

इमेलः

सम्पर्क व्यक्तिः

२. अस्पतालको कानूनी हैसियत

अस्पताल दर्ताको प्रमाणपत्र-दर्ता नम्बर र मितिः

अस्पताल दर्ता भएको निकाय र स्थानः

भ्याट नं./प्यान नं.:

नवीकरण मितिः

सम्बन्धित निकायबाट अस्पताल सञ्चालन स्वीकृति / सहमति प्राप्त मितिः

समाज कल्याण परिषद्मा आवद्धता वा कार्यक्रम सञ्चालनको सम्झौता भएको भए सोको मितिः

३. अस्पतालको प्रकृति र बनावट (विधान बमोजिम) र कार्यानुभव

प्रमुख उद्देश्यहरुः

(क)

(ख)

(ग)

(घ)

(ङ)

प्रकृतिः सामुदायिक () गैरनाफामूलक () वैकल्पिक चिकित्सा ()

४. अस्पतालको मानवीय, वित्तीय र भौतिक स्थिति

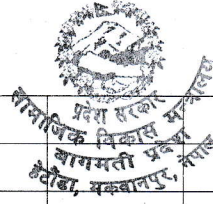
(क) मानवीय स्थिति

मानवीय स्थिति	विवरण	पूर्णकालीन	अल्पकालीन	कैफियत
क) चिकित्सकको संख्या				
ख) नर्स संख्या				
ग) पारामेडिक्सको संख्या				

Janj

Janj
अस्पताल प्रमुख

Janj
सोक्तर्जमणि दुबाफ
सचिव



घ) अन्य स्वास्थ्य प्राविधिक				
ड) सामाजिक परिचालकको संख्या				
च) प्रशासनिक कर्मचारीको संख्या				
छ) अन्य कर्मचारीको संख्या				

(ख) वित्तीय स्थिति: वित्तीय स्थिति सम्बन्धी देहायको विवरण/प्रतिवेदन उल्लेख/उपलब्ध गर्नुपर्नेछ:-

१. विगतमा यस सामाजिक विकास मन्त्रालयबाट अनुदान पाए / नपाएको।
२. गत आ.व. मा प्राप्त भएको भौतिक तथा वित्तीय प्रतिशत।
३. अस्पतालको गत आ.व. को लेखा परीक्षणको प्रतिवेदन।

(ग) भौतिक स्थिति: प्रदेश स्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७६ बमोजिमको पूर्वाधार सम्बन्धी मापदण्ड पूरा गरेको / नगरेको विवरण उपलब्ध गराउने।

क्र.सं.	सूचक			
१.	आफ्नै भवन	छ ()	छैन ()	पर्याप्त छैन ()
		कोठा संख्या:.....		
२.	अस्पतालको शैया संख्या	विभाग नाम	शैया संख्या	जम्मा शैया संख्या
			
			
			
			
			
			
३.	मेशिनरी औजार र पूर्वाधार सम्बन्धी मापदण्ड प्रदेश स्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७६ को नियम १० र ११ बमोजिम भए/नभएको (विवरण उपलब्ध गराउने)			

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature
गोकर्णमणि कुमार
सचिव



५. अस्पतालबाट स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रवाह भएका प्रवाह हुने सेवा वा कार्यक्रम सम्बन्धी विवरण

- सालबसाली प्रवाह भएका सेवा वा कार्यक्रमहरू:

क)
ख)

- प्रस्तावित नयाँ सेवा वा कार्यक्रमहरू:

क्र. स	प्रस्तावित क्रियाकलाप	अपेक्षित प्रतिफल	अनुमानित रकम(रु हजारमा)	अस्पतालको योगदान	कार्यान्वयन प्रक्रिया	समयावधी	कैफियत
जम्मा रकम रु							

६. संस्थागत विवरण: अनुदान माग गर्ने अस्पतालले तपशिलमा उल्लेखित विवरणमा आफ्नो संस्थागत विवरणसँग मेल हुने विवरण भर्ने।

तपशिल:

सेवा/कार्यक्रमले सरकारको घोषित नीति कार्यक्रममा सघाउ पुग्ने	सघाउ पुग्ने ()	आंशिक सघाउ पुग्ने()	सघाउ नपुग्ने ()
* सेवा शुल्क (उपचारात्मकका लागि)	OPD Ticket शुल्क	रु.....)	
	मुख्य Laboratory सेवा शुल्क	प्रत्येकको शुल्क # CBC Urine..... RBS..... RFT..... LFT test.....	
	Radiology सेवा	निशुःल्क # x-Ray को शुल्क # USG को शुल्क	
अस्पतालको लाभान्वित सेवाग्राहीहरू	गत आ.व.को सेवाग्राही संख्या.....	गत आ.व. मा कुल सेवाग्राही मध्ये दलित, लोपोन्मुख, अतिसिमान्तकृत, सिमान्तकृत जातिको प्रतिशत..... (प्रतिवेदन अनुसार)	
HMIS (online) रिपोर्टिङ गर्ने गरेको (चालु आ.व.को ६ महिनाको)	सम्बन्धित निकायमा सबै प्रतिवेदन समय भित्र गरेको सम्बन्धित निकायमा सबै प्रतिवेदन समय भित्र नगरेको तर प्रतिवेदन गरेको		

Handwritten signature

Handwritten signature
सहायता प्रमुख

Handwritten signature

गोकार्पमणि कुवाल
सचिव



	सम्बन्धित निकायमा केही महिनाको मात्र प्रतिवेदन गरेको भएको (.....) नभएको (.....)
नेपाल सरकारको Health facility Registry मा दर्ता	
अस्पतालको शैया संख्या/कार्यक्षेत्र	५० वा सो भन्दा कम शैया सम्मका अस्पताल ५० भन्दा बढी शैयाका अस्पताल आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा सेवा सञ्चालन गर्ने संस्थाहरु
अस्पतालको अनुभव वर्ष
सेवाको प्रकार	विशिष्ट प्रकृतीका सेवा मात्र जनरल
शैया शुल्क	रु.....)

* प्रदेश सरकार मातहत सञ्चालित हेटौंडा अस्पतालको शुल्कलाई, सरकारी अस्पतालको शुल्कको रुपमा आधार लिइनेछ ।

तोकिएका सेवाहरु नभएमा अस्पतालको सेवाको प्रकृती अनुसारको सेवा र सो संग सम्बन्धित सरकारी सेवाको मूल्यसंग तुलना गरिनेछ ।

७. अनुदान माग रकम:

पूँजीगत खर्चको लागि रु.....

अक्षरूपी: मात्र ।

तयार गर्नेको

दस्तखत

नाम:

पद:

प्रमाणित गर्नेको

दस्तखत

नाम:

पद

महोपाध्यक्ष
परिषद् योजना तथा जनसंख्या महोपाध्यक्ष

१०

गोकार्जुनाणि दुवार
सचिव



८. वार्षिक कार्यक्रम

१. आर्थिक वर्ष:

२. बजेट उप शीर्षक

३. मन्त्रालय :

४. संस्था :

५. कार्यक्रम तथा आयोजनाको नाम:

६. उेगाना : (क) जिल्ला :

(ख) गा. वि. स./नगरपालिका/वडा नं. :

७. आयोजना सुरु हुने मिति :

८. आयोजना पूरा हुने मिति :

९. आयोजना/कार्यक्रम प्रमुख ::

१०. वार्षिक

(क) आन्तरिक

(१) प्रदेश सरकार :

(२) स्थानीय निकाय/संस्था

(३) जन सहभागिता:

(ख) वैदेशिक

(१) अनुदान : ०

(२) क्रेडिट : ०

(ग) विनिमय दर (डलर):

(घ) दातृ संस्था:

११. आयोजनाको कुल लागत: सुरूको संशोधन

क. आन्तरिक

(१) नेपाल सरकार

(२) स्थानीय निकाय/संस्था

(११) वैदेशिक

(१) ऋण

(२) अनुदान

१२. गत आ.व.सम्मको खर्च रु (सोझै भुक्तानी र वस्तु सहित)

(क) आन्तरिक (१) नेपाल सरकार

(२) स्थानीय निकाय/संस्था

(ख) वैदेशिक (१) ऋण

(२) अनुदान

रकम रु. ०००मा

मि.नं.	क्रियाकलाप	ईकाई	वार्षिक		प्रथम चौमासिक		दोश्रो चौमासिक		तेस्रो चौमासिक		कै. फि. ग्र				
			परिमाण	भार	बजेट	परिमाण	भार	बजेट	परिमाण	भार		बजेट			
१	२			५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६
१. पूंजीगत खर्च अन्तरगतका कार्यक्रमहरू															
क. पूंजीगत खर्च कार्यक्रमको जम्मा															
६. कुल जम्मा खर्च															

तयार गर्ने:

पेश गर्ने:

११

(Signature)

गोकार्णवर्णन
सचिव

(Signature)

गोकार्णवर्णन
सचिव

(Signature)

सदर गर्ने:



संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू:

१. अस्पतालको नवीकरण गरिएको संस्था दर्ता प्रमाणपत्र
२. अस्पतालको विधान
३. गत आ.व.को लेखापरीक्षण प्रतिवेदन
४. समाज कल्याणमा आवद्धताको प्रमाणपत्र
५. अस्पतालको आयकर स्थायी लेखा नम्बर / मुल्य अभिवृद्धि करको दर्ता प्रमाणपत्र
६. आयकर चुक्ताको प्रमाण पत्र
७. अस्पतालले गरेका कार्यहरू झल्कने प्रगती प्रतिवेदन वा ब्रोसियर
८. फर्मेट बमोजिमको कार्ययोजना
९. औजार खरीद गर्ने कार्ययोजना भए खरीद गरिने औजार उपकरणको Specification
१०. भवन निर्माण भएमा drawing design
११. लागत अनुमान
१२. खरीद योजना
१३. वार्षिक कार्यक्रम ढाँचा
१४. सञ्चालक समितिका पदाधिकारीको नाम, ठेगाना, सम्पर्क नम्बर खुलेको विवरण
१५. सञ्चालक समितिको बैठकबाट कार्यक्रम पेश गर्ने निर्णय प्रतिलिपि
१६. सम्बन्धित निकायबाट अस्पताल सञ्चालन स्वीकृति सम्बन्धी कागजातको प्रतिलिपि
१७. विगतका कार्यक्रमहरूको भौतिक तथा वित्तीय प्रगति विवरणका प्रतिलिपिहरू
१८. स्वास्थ्य कार्यालयबाट HMIS मा समयमा र नियमित प्रतिवेदन गर्ने गरेको सिफारिस पत्र
१९. अस्पतालबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा शुल्कको मुल्य सूची

नोट: पेश हुने सबै प्रतिलिपिमा आधिकारिक व्यक्तिको दस्तखत र अस्पतालको छाप अनिवार्य गर्नुपर्नेछ ।

Karj

Bisr १२
भद्रशाखा प्रमुख
सुदूरपश्चिम प्रदेश स्वास्थ्य योजना तथा स्वास्थ्य व्यवस्थापना

[Signature]
गोकर्णजोषी
सचिव