

## सुत्केरी पोषण कोसेली कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०८०

**प्रस्तावना:** कर्णाली प्रदेशमा बसोबास गर्ने महिलाको सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारको सुनिश्चित गर्न सुत्केरी पोषण कोसेली कार्यक्रमलाई व्यवस्थित र प्रभावकारी सञ्चालन गर्न वाञ्छनीय भएकाले,

कर्णाली प्रदेश सुशासन नियमावली, २०७९ को नियम ८ को उपनियम (१) ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी सामाजिक विकास मन्त्रालयले यो कार्यविधि बनाएको छ।

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:** (१) यस कार्यविधिको नाम “सुत्केरी पोषण कोसेली कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०८०” रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. **परिभाषा:** विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा,-

(क) "कार्यालय" भन्नाले स्वास्थ्य सेवा कार्यालय सम्झनु पर्छ।

(ख) "मन्त्रालय" भन्नाले सामाजिक विकास मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।

(ग) "लाभग्राही" भन्नाले संस्थागत सुत्केरी भएको सुत्केरी महिला सम्झनु पर्छ।

(घ) "सुत्केरी पोषण कोसेली" भन्नाले सुत्केरी र बालबालिकाको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन अनुसूची-१ बमोजिम प्रदान गरिने रकम सम्झनु पर्छ।

(ङ) "संस्थागत सुत्केरी" भन्नाले प्रसूति सेवा उपलब्ध गराउने सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा भएको सुत्केरी सम्झनुपर्छ।

(च) "स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले प्रसूति सेवा उपलब्ध गराउने सरकारी स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्छ।

३. **सुत्केरी पोषण कोसेली कार्यक्रम सञ्चालन हुने:** मन्त्रालयले वार्षिक स्वीकृत बजेट तथा कार्यक्रम अनुसार कर्णाली प्रदेशमा बसोबास गर्ने लाभग्राहीको प्रजनन तथा स्वास्थ्य अधिकारको सुनिश्चित गर्न सुत्केरी पोषण कोसेली कार्यक्रम सञ्चालन गर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको कार्यक्रम सञ्चालन तथा व्यवस्थापन गर्न मन्त्रालयले कार्यालय, प्रदेश अन्तर्गतका अस्पताल र स्थानीय तहमा बजेट विनियोजन गर्नु पर्नेछ।

(३) उपदफा (२) बमोजिम विनियोजन भएको बजेटको आधारमा संस्थागत सुत्केरी भएको लाभग्राहीलाई अनुसूची-१ बमोजिमको सुत्केरी पोषण कोसेली उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

४. **निवेदन दिनुपर्ने:** (१) सुत्केरी पोषण कोसेली प्राप्त गर्न चाहने लाभग्राहीले प्रसूति भएको स्वास्थ्य संस्थामा अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम निवेदन दिदा लाभग्राहीले देहाय बमोजिमको कागजात संलग्न गर्नुपर्नेछः

(क) संस्थागत सुत्केरी भएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ख) नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि।

५. सुत्केरी पोषण कोसेली प्राप्त गर्ने आधार: सुत्केरी पोषण कोसेली देहाय बमोजिमको लाभग्राहीले प्राप्त गर्नेछः-

(क) नेपाली नागरिक,

(ख) संस्थागत सुत्केरी।

६. सुत्केरी पोषण कोसेली भुक्तानी: (१) कार्यालय वा प्रदेश अन्तर्गतको अस्पतालमा संस्थागत सुत्केरी भएको लाभग्राहीको हकमा सोही स्वास्थ्य संस्थाले सुत्केरी पोषण कोसेली उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बाहेकको स्वास्थ्य संस्थामा संस्थागत सुत्केरी भएको लाभग्राहीको हकमा संस्थागत सुत्केरी भएको स्वास्थ्य संस्थाले लाभग्राहीलाई सुत्केरी पोषण कोसेली उपलब्ध गराई सम्बन्धित स्थानीय तहमा सोधभर्ना माग गर्नु पर्नेछ।

(३) उपदफा (१) बमोजिम सुत्केरी पोषण कोसेली उपलब्ध गराउदा जुन स्थानीय तहको स्वास्थ्य संस्थामा संस्थागत सुत्केरी भएको हो सोही स्थानीय तहलाई आधार मान्नु पर्नेछ।

(४) यस दफामा जुन सुकै लेखिएको भएता पनि कुनै कारणबस गर्भपतन भएमा वा गराएमा सुत्केरी पोषण कोसेली वापतको रकम भुक्तानी गरिने छैन।

७. अभिलेख तथा प्रतिवेदन: (१) स्वास्थ्य संस्थाले सुत्केरी पोषण कोसेली विवरणको भरपाई अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा तयार गर्नु पर्नेछ।

(२) स्थानीय तहले अनुसूची-४ बमोजिमको ढाँचामा सम्बन्धित जिल्लाको जनस्वास्थ्य वा स्वास्थ्य सेवा कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ।

(३) जनस्वास्थ्य वा स्वास्थ्य सेवा कार्यालयमा प्राप्त प्रतिवेदनलाई अनुसूची-५ बमोजिमको ढाँचामा प्रतिवेदन तयार गरी मासिक रूपमा स्वास्थ्य सेवा निर्देशनालय पठाउनु पर्नेछ।

८. अनुगमन तथा मूल्याङ्कन: सुत्केरी पोषण कोसेली कार्यक्रमको प्रभावकारिताको लागि मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा निर्देशनलाय, मातहतका कार्यालय तथा स्थानीय तहले गर्नु पर्नेछ।

९. संशोधन सम्बन्धी व्यवस्था: (१) मन्त्रालयले आवश्यकता अनुसार यस कार्यविधि संशोधन गर्न सक्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम संशोधन गर्दा आर्थिक मामिला तथा योजना मन्त्रालय र आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालयको सहमति लिनु पर्नेछ।





अनसूची-१

(दफा ३ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

सुत्केरी पोषण कोसेली वापत प्राप्त हुने रकम

“क” वर्ग रु.२५००				“ख” वर्ग रु.२०००	
जिल्ला	स्थानीय तह	जिल्ला	स्थानीय तह	जिल्ला	स्थानीय तह
मुगु	छायानाथ रारा	कालिकोट	खाँडाचक्र	जाजरकोट	भेरी
मुगु	खत्याड	जुम्ला	चन्दननाथ	दैलेख	नारायण
मुगु	मुगुमकार्मारोड	दैलेख	आठबिस	सुर्खेत	वीरेन्द्रनगर
मुगु	सोरु	दैलेख	भगवतिमाई	सुर्खेत	बराहताल
हुम्ला	अदानचुली	दैलेख	भैरबी	सुर्खेत	भेरीगंगा
हुम्ला	चंखेली	दैलेख	दुल्लु	सुर्खेत	चिङ्गाढ
हुम्ला	खार्पुनाथ	दैलेख	डुङ्गेश्वर	सुर्खेत	गुर्भाकोट
हुम्ला	नाम्खा	दैलेख	गुराँस	सुर्खेत	लेकबेसी
हुम्ला	सर्केगाड	दैलेख	महाबु	सुर्खेत	पञ्चपुरी
हुम्ला	सिमकोट	दैलेख	नौमुले	सुर्खेत	सिम्ता
हुम्ला	ताँजाकोट	सुर्खेत	चौकुने	सल्यान	बागचौर
डोल्पा	छार्का ताडसोड	सल्यान	बनगाडकुपिन्डे	सल्यान	कपुरकोट
डोल्पा	डोल्पो बुद्ध	सल्यान	छत्रेश्वर	सल्यान	शारदा
डोल्पा	जगदुल्ला	सल्यान	दार्मा	सल्यान	त्रिवेणी
डोल्पा	काईके	सल्यान	सिद्ध कुमाख	रुकुम पश्चिम	मुसिकोट
डोल्पा	मुङ्केचुला	सल्यान	कालिमाटी		
डोल्पा	सेफोक्सुन्डो	सल्यान	कुमाख मालिका		
डोल्पा	ठुली भेरी	रुकुम पश्चिम	चौरजहारी		
डोल्पा	त्रिपुरासुन्दरी	रुकुम पश्चिम	आठबिसकोट		
जुम्ला	गुठीचौर	रुकुम पश्चिम	बाँफिकोट		
जुम्ला	हिमा	रुकुम पश्चिम	सानीभेरी		
जुम्ला	कनका सुन्दरी	रुकुम पश्चिम	त्रिवेणी		
जुम्ला	पातारासी	जाजरकोट	बारेकोट		
जुम्ला	सिंजा	जाजरकोट	छेडागाड		

“क” वर्ग रु. २५००				“ख” वर्ग रु. २०००	
जिल्ला	स्थानीय तह	जिल्ला	स्थानीय तह	जिल्ला	स्थानीय तह
जुम्ला	तातोपानी	जाजरकोट	जुनिचाँदे		
जुम्ला	तिला	जाजरकोट	कुशे		
कालिकोट	कालिका	जाजरकोट	शिवालय		
कालिकोट	महाबै	जाजरकोट	त्रिबेणी नलगाड		
कालिकोट	नरहरीनाथ	दैलेख	ठाटीकाँध		
कालिकोट	पचलझरना	दैलेख	चामुण्डा बिन्द्रासैनी		
कालिकोट	पँलाता				
कालिकोट	रासकोट				
कालिकोट	सानीत्रिबेणी				
कालिकोट	तिलागुफा				

अनुसूची २  
(दफा ४ (१) सँग सम्बन्धित)

सुत्केरी पोषण कोसेली प्राप्त गर्न दिईने निवेदनको ढाँचा

श्री.....  
..... ।

मिति:

विषय: सुत्केरी पोषण कोसेली पाउँ ।

प्रस्तुत विषयमा मैले यस अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थामा मिति .....गते सामान्य प्रसुति सेवा/जटिलतायुक्त/शल्यक्रियाद्वारा प्रसुति सेवा प्राप्त गरेको हुनाले सुत्केरी पोषण कोसेली कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०७९ को दफा ३ को उपदफा (३) बमोजिमको सुत्केरी पोषण कोसेली भुक्तानी पाउँ ।

लाभग्राहीको नाम, थर:

प्रसूति भएको मिति:

प्रसूति भएको स्वास्थ्य संस्था:

उमेर:

ठेगाना: वडा नं:..... गा.पा./न.पा:..... जिल्ला:.....

सम्पर्क नं.:

दस्तखत:

संलग्न कागजात:

- (क) नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (ख) संस्थागत सुत्केरी भएको प्रमाण

कार्यालय प्रयोजनका लागि सम्बन्धित कर्मचारीले भर्ने

गर्भजाँच गराएको पटक: स्वास्थ्य संस्थाको नाम दर्ता नं.  
प्रोटोकल अनुसार गर्भवती सेवा लिएको छ/छैन  
मूल दर्ता नम्बर: प्रसुति दर्ता नं.: डिस्चार्ज मिति:  
प्रसुति गराएको मिति:  
प्रसुतिको किसिम:

फारम भर्नेको नाम दस्तखत  
पद मिति कार्यालयको नाम:

सुत्केरी पोषण कोसेली खर्च रकम बुझ्नेको भरपाई

म.....ले यस स्वास्थ्य संस्थामा आई सेवा प्राप्त गरेको हुँदा प्रदेश सरकारले प्रदान गर्ने सुत्केरी पोषण कोसेली खर्च वापतको रकम रु ...../- बुझिलिई यो भरपाई गरिदिउँ ।

नाम: दस्तखत मिति सम्पर्क नं.





अनुसूची ४

(दफा ७ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

सुत्केरी पोषण कोसेली प्राप्त गर्नेको प्रतिवेदन फारम (स्थानीय तहले प्रयोग गर्ने)

पालिकाको नाम

महिना

स्वास्थ्य संस्थाको नाम	वर्गीकरण	सुत्केरी पोषण प्राप्त गर्नेको संख्या	प्राप्त रकम	कुल जम्मा रकम रु
जम्मा				

तयार गर्नेको नाम

रजु गर्नेको नाम

प्रमाणित गर्नेको नाम

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

अनुसूची-५

(दफा ७ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

सुत्केरी पोषण कोसेली प्राप्त गर्नेको प्रतिवेदन फारम

जिल्लाको नाम:

महिना

पालिकाको नाम	वर्गीकरण	सुत्केरी पोषण प्राप्त गर्नेको संख्या	प्राप्त रकम	कुल जम्मा रकम रु

तयार गर्नेको नाम  
हस्ताक्षर

रजु गर्नेको नाम  
हस्ताक्षर

प्रमाणित गर्नेको नाम  
हस्ताक्षर