द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७९

प्रस्तावना: कर्णाली प्रदेश सरकारको आ.व. २०७९/०८० को स्वीकृत वार्षिक बजेट तथा कार्यक्रम बमोजिम सशस्त्र द्वन्द्व, जनआन्दोलन र प्रदेश स्थापनाको लागि भएको आन्दोलनका घाइते अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई उपचार खर्च प्रदान गर्ने कार्यलाई व्यवस्थित र प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन गर्न वाञ्छनीय भएकोले,

कर्णाली प्रदेश विनियोजन ऐन, २०७९ को दफा ९ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी कर्णाली प्रदेश सरकार मन्त्रिपरिषद्ले यो कार्यविधि बनाएको छ।

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:** (१) यस कार्यविधिको नाम "द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७९" रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. **परिभाषा:** विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,–

(क) "अस्पताल" भन्नाले मन्त्रालयले बिरामीको उपचार गर्न सम्झौता गरेको स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्छ र सो शब्दले सुरु अस्पताललाई समेत जनाउँछ।

(ख) "द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्ति" भन्नाले सशस्त्र द्वन्द्व वा जनआन्दोलनका क्रममा घाइते भई तत्कालीन स्थानीय शान्ति समितिको सिफारिस सूचीमा समावेश भएको वा नेपाल सरकारद्वारा गठित कार्यदलको प्रतिवेदनमा घाइते वा अपाङ्ग भनी उल्लेख भएको वा प्रदेश स्थापनाको लागि भएको आन्दोलनमा घाइते वा अपाङ्गता भएको शारीरिक वा मानसिक रुपमा अशक्त तथा नियमित रुपमा उपचार गराईरहेको घाइते वा अपाङ्ग व्यक्ति सम्झनु पर्छ।

(ग) "मन्त्रालय" भन्नाले कर्णाली प्रदेश सरकार, आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।

(घ) "सुरु अस्पताल" भन्नाले प्रदेश अस्पताल वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत वा कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, जुम्ला सम्झनु पर्छ।

३. **सम्झौता गर्नुपर्ने:** द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको उपचार गर्ने प्रयोजनको लागि मन्त्रालयले नेपाल सरकार तथा प्रदेश सरकार मातहतका सरकारी अस्पतालसँग अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा सम्झौता गर्नु पर्नेछ।

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

४. <u>उपचार गराउन सक्नेः</u> (१) कर्णाली प्रदेशभित्र स्थायी बसोबास भएको द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिले सुरु अस्पतालमा गई उपचार गराउन सक्नेछ।

(२) द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिले साठी दिनभित्र सुरु अस्पतालमा गई यस कार्यविधि बमोजिम उपचार गर्नका लागि निवदेन दिन मन्त्रालयले स्थानीय पत्रपत्रिका वा एफ.एम. रेडियो वा अन्य सञ्चार माध्यम वा मन्त्रालयको वेबसाइटबाट सार्वजनिक सूचना प्रकाशन र प्रसारण गर्नु पर्नेछ।

(३) उपदफा (१) बमोजिम अस्पतालमा उपचार गराउन देहायका कागजात सहित अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा निवदेन दिनु पर्नेछः-

(क) द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको नेपाली नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ख) सशस्त्र द्वन्द्व वा जनआन्दोलनको क्रममा घाइते वा अपाङ्गता भएको भनी नेपाल सरकारबाट प्रदान गरिएको घाइते वा अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रतिलिपि,

(ग) सशस्त्र द्वन्द्व वा जनआन्दोलन वा प्रदेश स्थापनाको लागि भएको आन्दोलनको क्रममा घाइते वा अपाङ्गता भएको विवरण खुल्ने कागजात,

(घ) सम्बन्धित जिल्लाको जिल्ला अस्पतालबाट विशेषज्ञ सेवा सहितको उपचार गर्नु पर्ने भनी गरिएको प्रेषणपत्र।

(ङ) नियमित रुपमा उपचार गराइरहेको विवरण खुल्ने कागजातको प्रतिलिपि।

<u>स्पष्टीकरणः</u> यस उपदफाको प्रयोजनको लागि "सशस्त्र द्वन्द्व" भन्नाले सम्वत् २०५२ साल फागुन एक गतेदेखि सम्वत् २०६३ साल मंसिर पाँच गतेसम्म राज्य पक्ष र तत्कालीन नेपाल कम्युनिष्ट पार्टी (माओवादी) बीच भएको सशस्त्र द्वन्द्व सम्झनु पर्छ।

(४) उपदफा (३) बमोजिमका कागजात सहित निवेदन दर्ता गरेपछि सुरु अस्पतालले उपचार गर्नु पर्नेछ।

(५) उपदफा (४) बमोजिमको उपचार गर्दा द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको रोगको प्रकृति हेरी विशेषज्ञ डाक्टरको प्रेस्क्रिप्शनका आधारमा त्यस्तो व्यक्तिलाई अस्पतालमा भर्ना गरी उपचार गर्न सकिनेछ।

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

(६) शुरु अस्पतालमा उपचार गराउँदा थप उपचारको लागि अन्य अस्पतालमा पठाउनु पर्ने भनी विशेषज्ञ डाक्टरले प्रेषण गरेको अवस्थामा मन्त्रालयले सम्झौता गरेको अस्पतालमा गई द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिले उपचार गराउन सक्नेछ।

(७) यस कार्यविधि बमोजिम द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको उपचार गर्दा लागेको बील बमोजिमको खर्च मन्त्रालयले अस्पताललाई सोधभर्ना दिनेछ।

५. <u>यातायात खर्चः</u> (१) हुम्ला र डोल्पा जिल्लाको द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिले उपचार गराउँदा बिरामी र कुरुवा गरी दुई जनालाई सुरु अस्पताल आउँदाको हवाई टिकट र बोर्डिङ् पासका आधारमा एकपटक एकमुष्ट बीस हजार रुपैयाँ र सडक मार्गको प्रयोग गरेको अवस्थामा सवारी साधनको टिकट पेश गरेमा एकमुष्ठ पाँच हजार रुपैयाँ यातायात खर्च बापत सुरु अस्पतालले भुक्तानी दिनेछ।

तर सवारी साधनको टिकट र बोर्डिङ्ग पास पेश नगरेको अवस्थामा यातायात खर्च पाइने छैन।

(२) मुगु, जुम्ला, कालिकोट, दैलेख, सुर्खेत, सल्यान, जाजरकोट र रुकुम पश्चिम जिल्लाको द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको उपचार गर्दा बिरामी र कुरुवा गरी दुई जनालाई यातायात खर्च बापत एकपटक एकमुष्ठ तीन हजार रुपैयाँ सुरु अस्पतालबाट उपलब्ध गराइनेछ।

तर सुरु अस्पतालदेखि पन्ध्र किलोमिटर सम्मको द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिलाई यातायात खर्च बापत एकपटक एकहजार रुपैयाँ सुरु अस्पतालबाट उपलब्ध गराइनेछ।

६. <u>प्रेषण गरिएको द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको यातायात तथा खाना खर्चः</u> (१) दफा ४ को उपदफा (६) बमोजिमको सुरु अस्पतालबाट प्रेषण भएको द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्ति र निजको कुरुवालाई यातायात र खाना खर्च बापतको रकम त्यस्तो व्यक्ति उपचार गरी फिर्ता भएपछि सुरु अस्पतालबाट भुक्तानी हुनेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको खर्च भुक्तानी लिन द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिले प्रेषण गरिएको अस्पतालमा उपचार गरेको उपचार कार्ड र यातायातको टिकट संलग्न राखी सुरु अस्पतालमा अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा निवदेन दिनु पर्नेछ।

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

(३) उपदफा (२) बमोजिमको निवेदन प्राप्त भएपछि प्रदेश अस्पताल वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत र कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, जुम्लाबाट प्रेषण गरिएको बिरामीको हकमा एकपटक क्रमशः जनही दश हजार रुपैयाँ र पन्ध्र हजार रुपैयाँका दरले रकम उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

७. **खाना खर्चः** द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्ति अस्पतालमा भर्ना भई उपचार गराउँदा निज र कुरुवाको खाना खर्च बापत प्रतिदिन एकमुष्ठ एक हजार रुपैयाँका दरले बिरामी भर्ना गरी उपचार गरेको अस्पतालले खर्च उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

तर भर्ना भएको द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको हकमा अस्पतालबाट खाना उपलब्ध हुने भए कुरुवाका लागि प्रतिदिन एकपटक पाँच सय रुपैयाँका दरले बिरामी भर्ना गरी उपचार गरेको अस्पतालले खर्च उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

८. **खर्च भुक्तानीको लागि निवेदन दिनुपर्नेः** (१) द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्ति र कुरुवाको यातायात तथा खाना खर्च बापतको रकम भुक्तानीका लागि सम्बन्धित अस्पतालमा अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ।

(२) द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको हकमा अस्पतालले औषधी उपचार खर्च बाहेक बिरामी र कुरुवाको यातायात र खाना खर्च बापतको रकम अनुसूची-४ बमोजिम भरपाई गरी उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

९. **रकम पठाउनु पर्नेः** मन्त्रालयले द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको उपचारको लागि अस्पतालसँग सम्झौता गरे पछि रकम पठाउनु पर्नेछ।

१०. **रकम माग गर्न सक्नेः** द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको उपचारको लागि दफा ९ बमोजिमको रकम नपुग भई थप रकम आवश्यक भएको खण्डमा अस्पतालले मन्त्रालयमा रकम माग गर्न सक्नेछ।

११. **हिसाब फछ्र्यौट गर्नु पर्नेः** चालु आर्थिक वर्षको असार मसान्तभित्र अस्पतालले दफा ९ र १० बमोजिम मन्त्रालयबाट प्राप्त भएको रकम र खर्चको हिसाब फछ्र्यौट गर्नु पर्नेछ।

१२. **प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्नेः** अस्पतालले द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको उपचार खर्च र त्यस्तो व्यक्ति तथा कुरुवाको खाना र यातायात खर्चको विवरण सहितको अनुसूची-५ बमोजिमको प्रतिवेदन आर्थिक वर्षको असार मसान्तभित्र मन्त्रालयमा पेश गर्नु पर्नेछ।

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

१३. <u>जनशक्ति व्यवस्था गर्न सक्ने:</u> (१) मन्त्रालयसँग सम्झौता भएका सुरु अस्पतालले द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको उपचारमा सहयोग गर्नको लागि एकजना सहायक स्तरको कर्मचारी प्रचलित कानून बमोजिम सेवा करारमा लिन सक्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको कर्मचारीको पारिश्रमिक र सेवाका शर्त सम्झौतामा उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ।

१४. <u>अनुगमन गर्न सक्ने:</u> (१) यस कार्यविधि बमोजिम काम कारबाही भए नभएको सम्बन्धमा मन्त्रालयले अनुगमन गर्न सक्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको अनुगमनको आधारमा मन्त्रालयले आवश्यकतानुसार अस्पताललाई निर्देशन दिन सक्नेछ र त्यस्तो निर्देशनको पालना गर्नु सम्बन्धित अस्पतालको कर्तव्य हुनेछ।

१५. <u>खारेजी र बचाऊ:</u> (१) द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७८ खारेज गरिएको छ।

(२) द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७८ बमोजिम भए गरेका काम कारबाही यसै कार्यविधि बमोजिम भए गरेको मानिनेछ।

नि. प्रमुख सचिव

कर्णाली प्रदेश सरकार
मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय
वीरेन्द्रनगर, नेपाल

अनुसूची-१
(दफा ३ सँग सम्बन्धित)
सम्झौतापत्रको ढाँचा

कर्णाली प्रदेश सरकार, आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय, सुर्खेत र ....
बीच
भएको सम्झौता पत्र

कर्णाली प्रदेश सरकार (मन्त्रीस्तर) को मिति.................. को निर्णयानुसार आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय (यसपछि "प्रथम पक्ष" भनिएको) र .... (यसपछि "दोस्रो पक्ष" भनिएको) बीच द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७९ बमोजिम द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएको व्यक्तिको देहायका शर्तहरु बमोजिम हुने गरी उपचार गर्न, गराउन दुवै पक्ष सहमत भई प्रथम पक्षको कार्यालयमा बसी यो सम्झौतापत्र तयार गरी तपसीलका व्यक्तिको रोहबरमा सम्झौतापत्रमा दस्तखत गरी एक एक प्रति बुझिलियौं, दियौं।

शर्तहरुः

१. ......
२. ......

दोस्रो पक्षको तर्फबाट

दस्तखतः

मितिः २०७ / /

नामः ....

पदः ....

कार्यालयः ....

प्रथम पक्षको तर्फबाट

दस्तखतः

मितिः २०७ / /

नामः ....

पदः ....

कार्यालयः कर्णाली प्रदेश सरकार, आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय

रोहबर

१.
२.

रोहबर

१.
२.

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

अनुसूची-२

(दफा ४ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

उपचारका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मितिः २०७... /.... /...

श्री ....अस्पताल

.... ।

विषयः उपचार गराई पाउँ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा कर्णाली प्रदेश सरकारले जारी गरेको "द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७९" बमोजिम मेरो उपचारको लागि यो निवेदन पेश गरेको छु। उपचारका लागि आवश्यक पर्ने घाइते तथा अपाङ्गता भएको विवरण खुल्ने कागजातहरु यसैसाथ संलग्न राखेको व्यहोरा अनुरोध छ।

निवेदक

दस्तखत:

नामः

ठेगानाः

सम्पर्क टेलिफोन नं.

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

अनुसूची-३

(दफा ६ को उपदफा (२) र दफा ८ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

खाना र यातायात खर्च रकम भुक्तानीको लागि अस्पतालमा पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा

मितिः २०७... /.... /...

श्री...................................अस्पताल,

......................................।

विषयः **खाना र यातायात खर्च बापतको रकम उपलब्ध गराई पाउँ।**

कर्णाली प्रदेश सरकारबाट जारी द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७९ बमोजिम यस अस्पतालमा उपचार गराउँदा पाउने खाना तथा यातायात खर्च बापतको देहाय बमोजिमको रकम उपलब्ध गराई पाउन सवारी साधनको टिकट (हवाइजहाजको हकमा बोर्डिङ्ग पास समेत) यसैसाथ संलग्न राखी अनुरोध गर्दछु।

सि.नं.	बिरामीको नामथर, ठेगाना र सम्पर्क नम्बर	कुरुवाको नामथर, ठेगाना र सम्पर्क नम्बर	विवरण				खाना खर्च	यातायात खर्च	जम्मा पाउने रकम
			देखि	सम्म	दिन	प्रतिदिन रु...का दरले			

निवेदक

नाम थर:

स्थायी ठेगाना:

सम्पर्क नं. :

दस्तखतः

मितिः

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

अनुसूची-४

(दफा ८ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

बिरामी तथा कुरुवाको खाना र यातायात खर्च बापतको रकम बुझी लिएको भरपाइको ढाँचा।

…………………… अस्पताल

……………………………..

द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७९ बमोजिम बिरामी तथा कुरुवाको खाना र यातायात खर्च रकम बुझी लिएको भरपाई

क्र.सं.	बिरामीको नाम	कुरुवाको नाम	बिरामी उपचारको लागि भर्ना भएको मिति	बिरामी बहिर्गमन भएको मिति	बिरामी तथा कुरुवाको यातायात तथा खाना बापत भुक्तानी गरिएको रकम		जम्मा रकम	रकम बुझिलने को दस्ताखत	कैफियत
					खाना खर्च	यातायात खर्च			
१.									
२.									
३.									
जम्मा रकम									

कर्णाली प्रदेश सरकार
मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय
वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव

अनुसूची-५

(दफा १२ सँग सम्बन्धित))

बिरामीको उपचार र बिरामी तथा कुरुवाको खाना र यातायात खर्च विवरण प्रतिवेदनको ढाँचा

.... अस्पताल

....

मितिः २०७... /.... /...

श्री आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय,
कर्णाली प्रदेश, सुर्खेत।

विषयः बिरामीको उपचार र बिरामी तथा कुरुवाको खाना र यातायात खर्चको प्रतिवेदन पठाइएको बारे।

द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्ग उपचार खर्च कार्यविधि, २०७९ बमोजिम यस अस्पतालमा उपचार गराएका द्वन्द्व पीडित घाइते अपाङ्गता भएका व्यक्तिको उपचार खर्च र बिरामी तथा कुरुवाको खाना र यातायात खर्चको देहाय बमोजिमको विवरण सहितको प्रतिवेदन पठाइएको व्यहोरा अनुरोध छ।

बिरामीको उपचार र बिरामी तथा कुरुवाको खाना तथा यातायात खर्चको विवरण

क्र. सं.	बिरामीको नाम	बिरामी उपचारको लागि भर्ना भएको मिति	उपचार अवधि	अस्पतालबाट उपचार खर्च बापतको रकम	बिरामी तथा कुरुवाको यातायात तथा खाना बापत भुक्तानी गरिएको रकम	जम्मा रकम	कैफियत
कुल जम्मा रकम							

तहाँ मन्त्रालयबाट सम्झौता बमोजिम रु............ प्राप्त भएकोमा उक्त कार्यविधि बमोजिम जम्मा.......... रुपैयाँ खर्च भई .... रुपैयाँ बाँकी रहेको व्यहोरा समेत जानकारीको लागि अनुरोध गर्दछु।

दस्तखतः

नामः

पदः

अस्पतालको छापः

कर्णाली प्रदेश सरकार मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय वीरेन्द्रनगर, नेपाल

नि. प्रमुख सचिव