

मरिण गाउँपालिका
गाउँकार्यपालिकाको कार्यालय, सिन्धुली
बागमती प्रदेश, नेपाल

निःशुल्क स्वास्थ्य विमा सम्बन्धि कार्यविधि

२०७८

मरिण गाउँपालिका

सिन्धुली

मरिण गाउँपालिका, सिन्धुली

प्रस्तावना:

नेपालको संविधान (२०७२) को धारा ३५ मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई नेपाली नागरिकको मौलिक हकको रूपमा स्थापित गरेको सन्दर्भमा यस गाउँपालिकामा स्थायी बसोबास गरेका नागरिकहरूका लागि निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितताका लागि गाउँपालिकाबाट स्वास्थ्य विमा गरिदिने कार्यलाई व्यवस्थित गर्नका लागि मरिण गाउँपालिकाले यो कार्यविधि जारी गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:

१.१ यो कार्यविधिको नाम मरिण गाउँपालिकाको निःशुल्क स्वास्थ्य विमा कार्यविधि २०७८ रहेको छ ।

१.२ यो कार्यविधि कार्यपालिकाले स्विकृत गरेको मितिबाट प्रारम्भ हुने छ ।

२. परिभाषा:

विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा

२.१ “प्रमुख” भन्नाले मरिण गाउँपालिकाको प्रमुख सम्झनु पर्दछ ।

२.२ “उप-प्रमुख” भन्नाले मरिण गाउँपालिकाको उप-प्रमुख सम्झनु पर्दछ ।

२.३ “प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत” भन्नाले मरिण गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत सम्झनु पर्दछ ।

२.४ “ऐन” भन्नाले स्थानीय सरकार संचालन ऐन २०७४ सम्झनु पर्दछ ।

२.५ “कार्यविधि” भन्नाले मरिण गाउँपालिकाको निःशुल्क स्वास्थ्य विमा कार्यविधि २०७८ सम्झनु पर्दछ ।

२.६ “समिति” भन्नाले दफा ६ बमोजिम गठित समितिलाई सम्झनु पर्दछ ।

२.७ “स्वास्थ्य विमा” भन्नाले नेपाल सरकारले जारी गरेको स्वास्थ्य विमा ऐन २०७४ बमोजिम भएका व्यवस्थालाई सम्झनु पर्दछ ।

३. कार्यविधि लागु हुने क्षेत्र र सेवा:

३.१. यो कार्यविधि मरिण गाउँपालिका क्षेत्र भित्र स्थायी बसोबास गरेका निम्न नेपाली नागरिकहरूका लागि लागु हुनेछ ।

३.१.१. ६० बर्ष देखि ६९ बर्ष भित्रका जेष्ठ नागरिक तथा परिवार

३.१.२. द्वन्द पिडित, अनाथ, अपाङ्ग र एकल महिला परिवार

३.२ यस गाउँपालिका भित्र बसोबास गरि आएको हो भन्ने कुरा नेपाली नागरिकताको प्रमाण पत्रमा उल्लेखित ठेगाना वा बसाई सरी आएको दर्ता प्रमाण पत्र र ३.१.२ अनुसार खुल्ने परिचय पत्र वा सो नभए वडाको सिफारिसलाई आधार मानिनेछ

३.३ दफा ६ मा व्यवस्था भएको समितिले छनौट गरेको नागरिक वा परिवारलाई विमा बापत १ बर्षको लागि लाग्ने प्रिमियमको सम्पूर्ण रकम गाउँपालिकाले व्यहोर्नेछ ।

३.४ विशेष परिस्थिति आएमा छनौट समितिको निर्णयलाई आधार मानिनेछ ।

४. विमित छनौट प्रकृया:

४.१ तोकिएको लक्षित नागरिकहरूलाई गाउँपालिका मार्फत निःशुल्क विमा गर्न चाहनेहरूको लागि निवेदन पेश गर्न सूचना प्रकाशित गरिने छ ।

४.२ प्रकाशित सूचना अनुसार विमामा समावेश हुन ईच्छुक व्यक्ति तथा परिवारहरूको अनुसूची १ बमोजिमको ढाँचामा गाउँपालिका समक्ष निवेदन पेश गर्नु पर्दछ । निवेदनको साथमा ३.१ देखि ३.२ मा उल्लेखित कागजात र वडा कार्यालयको सिफारिस समेत संलग्न गर्नु पर्ने छ ।

४.३ प्राप्त निवेदनहरू मध्ये छनौट समितीको निर्णय अनुसार विमित छनौट गरिने छ ।

५. विमाको समयावधि:

५.१ विमाको समयावधि १ वर्षको हुनेछ ।

५.२ एक वर्ष विमा भई सकेको परिवारको अर्को वर्ष पुनः विमा गर्नु परेमा छनौट समितिले निर्णय गर्नु पर्नेछ ।

६. छनौट समिति सम्बन्धि व्यवस्था:

६.१ विमितहरूको छनौट गर्नको लागि देहाय बमोजिमको एक छनौट समिति हुनेछ ।

संयोजक – गाउँपालिका अध्यक्ष

सदस्य – गाउँपालिका उपाध्यक्ष

सदस्य – प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

सदस्य – कार्यपालिकाले तोकेको एक जना कार्यपालिका सदस्य

सदस्य – कार्यपालिकाले तोकेको लक्षित समुह वा समाजसेवी मध्ये दुई जना सदस्य

सदस्य सचिव – सामाजिक विकास शाखा प्रमुख

६.२ छनौट समितिले विभिन्न क्षेत्रमा आवद्ध व्यक्तिलाई आमन्त्रीत सदस्यको रूपमा आमन्त्रण गर्न सक्नेछ ।

७ विविध:

७.१ दफा ६ बमोजिम छनौट भएका व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य विमा ऐन अनुसार स्वीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूमा विमा गरिने र विमा वापत सम्बन्धित व्यक्तिले तिर्नु पर्ने रकमका हकमा सम्बन्धित एजेन्ट विच सम्झौता गरी गाउँपालिकाबाट सम्बन्धित एजेन्ट लाई भुक्तानी दिईनेछ ।

७.२ छनौट समिति सदस्यलाई प्रति बैठक रु.१०००।-(एक हजार) प्रतिव्यक्ति भत्ता उपलब्ध गराईनेछ ।

७.३ यस कार्यविधि कार्यान्वयनको क्रममा थप व्यवस्था गर्न परेमा यस कार्यविधि तथा प्रचलित कानूनसँग नवाझिने गरी गाउँपालिकाले आवश्यक निर्णय गर्न सक्नेछ ।

अनुसूची १

निवेदनको ढाँचा

मिति:

श्रीमान गाउँपालिका प्रमुख ज्यू
मरिण गाउँपालिका कपिलाकोट, सिन्धुली

विषय निःशुल्क स्वास्थ्य विमा गरिदिन हुन ।

प्रस्तुत विषयमा यस गाउँपालिकाबाट आ.व.२०७८/०७९ मा ६० वर्ष देखि ६९ वर्ष भित्रका जेष्ठ नागरिक तथा परिवार द्वन्द पिडित, अनाथ,अपाङ्ग र एकल महिला परिवारको ब्यक्ति वा परिवारको लागि निःशुल्क स्वास्थ्य विमा गर्ने कार्यक्रम रहेकोले तपशिलको विवरण पेश गरि सो कार्यक्रममा म/मेरो परिवारलाई समावेश गरि दिन हुन अनुरोध छ ।

तपशिल

क) परिवारमा सदस्यहरुको विवरण:

क्र सं	नाम थर	घरमुलि सँगको नाता	उमेर	लिङ्ग	शैक्षिक योग्यता	सम्पर्क नं

तपाईं आफुलाई कुन बर्ग भन्न चाहनुहुन्छ ।

(१) ६०-६९ बिचको जेष्ठ नागरिक (२) एकल महिला (३) द्वन्दपिडित (४) अनाथ (५) अपांग
छ) अन्य कुरा भए उल्लेख गर्नुहोस ।

निवेदकको नाम, थर:

दस्तखत:

ठेगाना: