



## शितगंगा नगरपालिका

### स्थानीय राजपत्र

खण्ड: ८,

संख्या: ३,

मिति: २०८१/०५/३०

### भाग-२

## शितगंगा नगरपालिका

शितगंगा नगरपालिकाले बनाएको तल लेखिए बमोजिमको कार्यविधि सर्वसाधारणको जानकारीको लागि प्रकाशन गरिएको छ ।

### शितगंगा नगरपालिका विपन्न नागरिक निःशुल्क स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम कार्यविधि २०८१

नेपालको संविधानले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालार्ई मौलिक हकको रूपमा स्थापित गरेको, राष्ट्रिय स्वास्थ्य बिमा नितिले पनि गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोगमा सुधार गरी स्वास्थ्य बिमाबाट सबैका लागि स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चत गर्ने अवधारणा अघि सारेको छ । यसै मर्मलाई आत्मसात गर्न वाञ्छनीय भएकोले , शितगंगा नगरपालिको प्रशासकीय कार्यविधि नियमित गर्ने ऐन २०७४ को दफा ४ को उपदफा १ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी यो कार्यविधि जारी गरी लागु गरिएको छ ।

#### १. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ

१ यस कार्यविधिको नाम विपन्न नागरिक निःशुल्क स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम कार्यविधि २०८१ रहेको छ ।

२ यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

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

- १ नगरपालिका भन्नाले शितगंगा नगरपालिका सम्झनु पर्दछ ।
- २ प्रमुख भन्नाले शितगंगा नगरपालिकाको नगरप्रमुख लाई सम्झनु पर्दछ ।
- ३ उप प्रमुख भन्नाले शितगंगा नगरपालिकाको नगरउप प्रमुख लाई सम्झनु पर्दछ ।
- ४ प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत भन्नाले शितगंगा नगरपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत लाई सम्झनु पर्दछ ।
- ५ कार्यालय भन्नाले शितगंगा नगरपालिकाको कार्यालय लाई सम्झनु पर्दछ ।
६. दर्ता सहयोगी भन्नाले सम्बन्धित वडामा स्वास्थ्य बिमा बोर्डले तोकेको ब्यक्ति दर्ता सहयोगी सम्झनु पर्दछ ।

### ३. स्वास्थ्य बिमा सहयोग कार्यक्रम

क. शितगंगा नगरपालिका क्षेत्र भित्र बसोबास गर्ने कमजोर आर्थिक अवस्थाका कारण स्वास्थ्य सेवा लिनबाट वञ्चित भएका विपन्न नागरिकहरुको स्वास्थ्य उपचार गराउने उद्देश्य त्यस्ता समुदाय वा परिवारलाई लक्षित गरी शितगंगा नगरकार्यपालिकाबाट स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम कार्यविधि २०८१ स्वीकृत गरी स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम सञ्चालन गरिनेछ ।

ख. यो कार्यक्रम चालु आ व ०८१/०८२ मा ५७ घर परिवार लाई प्रति परिवार अधिकतम ५ जना समेट्ने गरी सञ्चालन गरिनेछ । साथै आगामि आ.व. देखी थप विस्तार गर्दै लगिने छ ।

#### ४. स्वास्थ्य बिमा लाभग्राहि हुनका लागि आवश्यक पर्ने योग्यता

दफा ३ क बमोजिमको सहयोग प्राप्त गर्न देहाय बमोजिमको योग्यता अनिवार्य हुनेछ ।

क. नेपाली नागरिक हुनुपर्ने

ख. शितगंगा नगरपालिका भित्रको स्थायी बासिन्दा भई अन्य स्थानमा घर जग्गा नभएको स्वघोषणा को आधारमा ।

ग. नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको गैर संस्था, बैदेशिक सरकार, वा संगठित संस्था बाट कुनै किसिमको रोजगार, पेन्सन तथा तलब नलिएको हुनुपर्ने छ ।

#### ५. स्वास्थ्य बिमा लाभग्राही छनौटका लागि निम्नानुसारका प्रक्रिया पुरा गर्नुपर्नेछ

क. दफा ३ बमोजिम बिमा सहयोग कार्यक्रमका बारेमा सम्बन्धित पक्षबाट आवेदन माग गर्न शितगंगा नगरपालिका बाट आवेदन संकलनहुने मिति भन्दा कम्तीमा १५ दिन अगावै सार्वजनिक संचार माध्यम बाट आवेदन दिन सकिने विषय सहितको सूचना प्रशारण गरिनेछ ।

ख. योग्यता पुगेको इच्छुक व्यक्तिले बिमाको लागि अनुसूची १ बमोजिमको आवेदन रितपूर्वक भरी आफ्नो स्थायी बसोबास भएको वडा कार्यालयमा गई बुझाउनुपर्ने छ ।

ग. अनुसूची १ बमोजिमको आवेदन फारम वडा कार्यालय बाट निःशुल्क उपलब्ध हुनेछ ।

घ. आवेदनका साथ दफा ४ क, ख र ग को पुस्टायाइ हुने कागजातहरू, आवेदकको १ प्रति पासपोर्ट साईजको फोटो र नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि पेस गर्नु पर्नेछ ।

## ६. वडा स्तरीय स्वास्थ्य बिमा लाभग्राही सिफारिस समितिको गठन

वडा स्तरमा स्वास्थ्य बिमा लाभग्राहीको सिफारिस गर्न देहाय बमोजिमको एक समिति गठन हुनेछ

वडाको वडा अध्यक्ष	संयोजक
वडा स्वास्थ्य संस्थाको प्रमुख	सदस्य
सम्बन्धित वडाको वडासचिव	सदस्य सचिव

## ७. वडा स्तरीय स्वास्थ्य बिमा लाभग्राही सिफारिस समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार

क. वडा स्तरमा संकलन भएका बिमा आवेदनहरू रितपूर्वक भए नभएको जाँच गर्ने र सिफारिस गर्ने ।

ख. योग्यता पुगेका आवेदनहरूलाई दर्ता गरेको मितिका आधारमा क्रम मिलाएर अभिलेख राख्ने ।

ग. दर्ता भएका आवेदनहरू नगर स्तरीय स्वास्थ्य बिमा छनौट समितिमा ७ दिन भित्र पठाउने ।

घ. नगर स्तरीय स्वास्थ्य बिमा छनौट समितिमा बाट छनौट भई आएका आफ्नो वडा भित्रका लाभग्राहीहरूको नामावली प्रकाशनगर्ने र सम्बन्धित लाभग्राहीलाई सम्झौता गर्न सुचित गर्ने ।

ङ. दर्ता सहयोगी कर्मचारी मार्फत बिमा प्रक्रिया प्रारम्भ गर्न आवश्यक प्रवन्ध मिलाउने ।

८. नगर स्तरीय स्वास्थ्य बिमा लाभग्राही छनौट तथा सिफारिस का लागि देहाय बमोजिमको सिफारिस समितिको गठन गरिनेछ

नगर प्रमुख

संयोजक

नगर उप प्रमुख

सह संयोजक

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

सदस्य

महिला बालबालिका तथा जेष्ठ नागरिक शाखा प्रमुख

सदस्य

स्वास्थ्य शाखा प्रमुख

सदस्य सचिव

यस बिमा लाभग्राही छनौट तथा सिफारिस प्रयोजनका लागि समितिले आवश्यकता महसुस गरेमा सम्बन्धित कुनै व्यक्ति वा विज्ञलाई आमन्त्रित सदस्यको रूपमा राख्न सकिने छ ।

## ९. नगर स्तरीय स्वास्थ्य बिमा लाभग्राही छनौट तथा सिफारिस समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार

नगर स्तरीय स्वास्थ्य बिमा लाभग्राही छनौट तथा सिफारिस समितिको काम, कर्तव्य र अधिकारहरू देहाय बमोजिम हुनेछन् ।

क. वडा बाट सिफारिस भई आएका आवेदनहरूको पुनः परिक्षण गर्ने ।

ख. प्रक्रिया विपरित आएका आवेदनलाई सुचिबाट हटाउने ।

ग. मागको चाँप अत्याधिक भई विनियोजित बजेट बाट सबै लाभग्राही समेट्न नसक्ने परिस्थिति पैदा भएको महसुस भएमा अन्तिम सुचि तयार गर्दा प्राथमिकतामा अति विपन्न समुहमा पर्ने परिवार वा वर्गिकरणमा सबै भन्दा धेरै अङ्क ल्याउने परिवारको नाम मात्र अन्तिम सूचीमा समावेश गर्ने ।

घ. वडा स्तरीय सिफारिस समिति बाट सिफारिस भई आएका नामावली मा समान अङ्क प्राप्त गरेका नामावली लाई विनियोजित बजेट बाट समेट्न नसक्ने भएमा बजेट सिमा भित्र समेट्ने गरी अन्तिम नामावली प्रकाशन गर्ने अधिकार नगर स्तरीय सिफारिस समितिको हुनेछ ।

घ. बिमा लाभग्राहीहरूको अन्तिम वर्गिकरण गर्ने साथै प्राथमिकताक्रम अनुसार नामावली तयारी गर्ने ।

ङ. नामावली तयारी गर्दा कुल संख्याको १० प्रतिशत वैकल्पिक लाभग्राहीहरूको नामावली प्राथमिकताक्रम अनुसार तयार गर्ने ।

च. विपन्न नागरिक स्वास्थ्य बिमाको लागि वडा स्तरीय समिति बाट सिफारिस भई आएका लाभग्राहीहरूको संख्या अत्याधिक भई पालिका बाट विनियोजित बजेटले नपुग्ने अवस्था आएमा विनियोजित बजेट सिमा भित्र रही लाभग्राहीको अन्तिम नामावली पालिका स्तरीय छनौट समितिले छनौट गरी प्रकाशित गर्नेछ ।

## १०. बिमा लाभग्राहीहरूको नामावली प्रकाशन

क. दफा ९ बमोजिम स्विकृत बिमा लाभग्राहीहरूको नामावली वडागत रूपमा प्रकाशन गर्ने जिम्मेवारी पालिका स्तरीय समितिको हुनेछ । सो नामावलीको एक प्रती नगरकार्यपालिकाको सूचना पाटीमा टास गर्नुपर्नेछ साथै तोकीएको समय भित्रै वडागत नामावली सम्बन्धित वडा कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ ।

ख. प्राप्त वडा गत नामावली सार्वजनिकीकरण गर्ने जिम्मेवारी वडा कार्यालयको हुनेछ ।

ग. वैकल्पिक लाभग्राहीहरूको नामावली वडा कार्यालय नपठाई नगरपालिकाले नै राख्नु पर्नेछ । तर तोकीएको समय भित्र वडामा कुनै लाभग्राहीले सूचना प्राप्त गरेर पनि सम्झौता गर्न नआएमा , सम्बन्धित वडा कार्यालयले सो बारेमा लखित जानकारी नगरकार्यपालिकामा दिनुपर्ने छ । सोही आधारमा नगरपालिकाले वैकल्पिक बिमा लाभग्राहीको सुचीबाट प्राथमिकताक्रम आउने नाम वडा कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ ।

## ११. सम्झौता

नगरकार्यपालिका र छनौट भएका बिमा लाभग्राहीहरू विच सम्झौताहुनु पर्नेछ । सम्झौता पत्र अनुसूची ३ बमोजिम हुनेछ ।

## १२. समय सिमा : समय सिमा अनुसूची ४ बमोजिम हुनेछ

## १३. स्वास्थ्य बिमा प्रारम्भ, बिधि तथा प्रक्रिया

दफा ११ बमोजिम सम्झौता पत्रमा हस्ताक्षर गरे पछिमात्र निजलाई बिमा कार्यक्रम अन्तर्गत बिमितहुनकोलागि योग्य भएको मानीनेछ र तत्पश्चात स्वास्थ्य बिमा प्रक्रिया प्रारम्भ हुनेछ वडाहरूमा रहेका दर्ता सहयोगीले स्वास्थ्य बिमाको सहजिकरण गर्नेछन् । दर्ता सहयोगीको बिमा गरेवापत प्राप्त गर्ने सेवा सुविधा स्वास्थ्यबिमा बोर्डले तोकेबमोजिम बोर्डले भुक्तानि गर्नेछ ।

## १४. नविकरण

नविकरण गर्नुपर्ने बिमा लाभग्राहीहरूको स्वास्थ्य बिमा नविकरण प्रत्येक बर्ष गर्नुपर्नेछ । नविकरण गर्दा दफा ४ अनुसारको योग्यता पुगेको हुनु पर्नेछ ।

## १५. विविध

क. यो कार्यविधि लागु गर्नु अगावै दफा ४ बमोजिम योग्यता पुगेका कुनै व्यक्ति वा परिवारले स्वास्थ्य बिमा गरिसकेको रहेछ भने पुन दोहोरो बीमा गरिनेछैन ।

ख. छनोट भएका लाभग्राहीको ५ जना भन्दा बढी परिवार संख्या भएमा घरमुलीको रोजाई अनुसार ५ जना को मात्र बिमा रकम पालिकाले भुक्तानि गर्ने छ । बाकी सदस्यको बिमा गर्न चाहेमा लाभग्राही आफैले भुक्तानि गर्नुपर्नेछ ।

ग. यो स्वास्थ्य बीमा सहयोग कार्यक्रमका कुनै सम्भावित लाभग्राहीको नाम छुट हुन गएको दोहोरो परेको वा कुनै कारण वस नाम समावेशहुन नसकेको सम्बन्धमा गुनासो भएमा त्यसको सुनुवाई सम्बन्धित वडा अध्यक्ष बाट हुनेछ ।

घ. कुनै वडा कार्यालय बाट विपन्न नागरिक निःशुल्क स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमका लागि बजेट विनियोजन गरी कार्यक्रम संचालन गरेमा यसै कार्यविधि बमोजिम हुनेछ ।

ङ नगरकार्यपालिका बाट यस कार्यविधिका दफाहरु संसोधन वा थपघट गर्न सकिनेछ ।

अनुसूची १  
कार्यविधिको दफा ५ संग सम्बन्धित  
बिमा लाभग्राही आवेदन फारम

श्रीमान वडा अध्यक्ष ज्यु  
शितगंगा नगरपालिकाको कार्यालय  
.....नं वडा कार्यालय .....

विषय - स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा शितगंगा नगरपालिकाले संचालन गर्न लागेको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम मार्फत बीमा लाभग्राही हुनका लागि आफुलाई योग्य ठानी यो आवेदन पेश गरेको छु । आवश्यक पर्ने कागजात प्रमाणहरु यसै साथ संलग्न छन् र यसमा लेखिएको विवरण सही सत्य छन् झुट्टा ठहरिएमा कानुन बमोजिम सहुला बुझाउँला ।

आवेदक:

नामथर:

उमेर:

स्थायी ठेगाना:

टोल:

बिमितहुन ईच्छुक आवेदकको परिवारका सदस्यहरुको नामावली

सि नं	नामथर	उमेर	आवेदक संगको नाता
१			
२			
३			
४			
५			

आवेदकको हस्ताक्षर

संलग्न कागजातहरु

- १ आवेदकको नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- २ स्थायी ठेगाना खुल्ने कागजात हालको ठेगाना भन्दा फरक भएमा
- ३ स्व घोषणा फारम

## अनुसूची २

### कार्यविधिको दफा ५ संग सम्बन्धित

विपन्न वर्गिकरणका मुख्य सूचकहरू

क्र.स	सूचक	अंक १	अंक २	अंक ३	नतिजा
१	आवास	पक्की घर	कच्ची घर/टिनको छाना	घर नभएर भाडामा वा आस्रय मा बस्ने गरेको /खरको छाना	
२	जग्गा	खेत वारी दुवै भएको	बारी वा खेत मात्र भएको	खेत वारी दुवै नभएको	
३	खाना पकाउन प्रयोग गरिने ईन्धन	ग्यास सिलिन्डर बाट पकाउने	ग्यास सिलिन्डर र चुल्हो भएको साथै सुधारिएको (धुवा रहीत) चुल्होमा दाउरा बाट पकाउने गरेको	ग्यास सिलिन्डर र चुल्हो नभएको सामान्य चुल्होमा दाउरा बाट पकाउने गरेको	
४	खाद्य बस्तुको उपलब्धता	६ महिना वा सो भन्दा बढी समय खान पुग्ने	३ महिना वा सो भन्दा कम समय खान पुग्ने	कुनै किसिमको खाद्य बस्तु उत्पादन नै नगरेको	
५	शिक्षा छोरा छोरीको	निजी विद्यालयमा पढ्दै वा पढेको	सरकारी विद्यालयमा पढ्दै वा पढेको	गरिवीका कारण विचमै पढाई छाडेको	
६	खानेपानी	घरमै व्यवस्थित रूपमा आपूर्ति भइरहेको	सार्वजनिक धारा वा सामुदायिक धारा वा आशिक व्यवस्थापन	खानेपानी समस्या ग्रस्त	
७	बिद्युत	बिद्युत जडान भएको	बिद्युत जडान नभएको तर छिमेकीको घर बाट बिद्युत प्रयोग गरिरहेको	बिद्युत जडान नभएको बिद्युत प्रयोग नगरेको	
८	शौचालय	निजी पक्की व्यवस्थित शौचालय	सामान्य व्यवस्थापनमा चलेको कच्ची चर्पि भएको	सामान्य व्यवस्थापनमा चलेको खाल्डे चर्पि भएको	
९	बसोबास	बजार क्षेत्रमा	गाँउमा	पिछडिएको गाँउमा	
१०	रोजगार	एकाघरमा १ भन्दा बढी रोजगारीमा रहेको पुरुष वा महिला	एकाघरमा १ जना सम्म रोजगारीमा रहेको पुरुष वा महिला	बेरोजगार पुरुष वा महिला	
कुल प्रासाङ्क		१०	२०	३०	

विपन्न वर्गिकरणका आधारहरू

१ अति विपन्न समुहमा पर्नका लागि प्रासाङ्क २१ वा सो भन्दा बढीहुनुपर्ने ।

२ विपन्न समुहमा पर्न प्रासाङ्क १० देखि २० सम्म हुनुपर्ने ।



## अनुसूची -३

( कार्यविधिको दफा ११ संग सम्बन्धित )

शितगंगा नगरपालिका र स्वास्थ्य बिमा लाभग्राही बीचको सम्झौता पत्र

शितगंगा नगरकार्यपालिका ( यस पछि पहिलो पक्ष भनिने ) र शि.न.पा वडा नं ... टोल बस्ने ..... वर्ष को श्री..... छोरा / छोरी श्री..... ( यस पछि दोश्रो पक्ष भनिने ) बिच देहायको सर्तको अधिनमा रही सम्झौता गर्न मन्जुर भएकोले यस सम्झौतामा सही छाप गरी लियौ दियौ ।

सर्तहरू

१ स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम भन्नाले नेपाल सरकारले संचालनमा ल्याएको स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम मात्र बुझनुपर्नेछ ।

२ दोश्रो पक्षले अन्य निजि बिमा कम्पनी संग स्वास्थ्य बिमा कम्पनीसंग स्वास्थ्य बिमाका लागि गरेको सम्झौताको बिमा रकम भुक्तानीका लागि पहिलो पक्ष बाध्य हुने छैन ।

३ दोश्रो पक्षले भरेको अनुसूची १ मा उल्लेखित सदस्यहरूको हकमा मात्र सम्झौता लागुहुनेछ ।

४ सम्झौता स्वीकृत भए पछि पहिलो पक्षले दोश्रो पक्षको नाममा स्वास्थ्य बिमाको लागि १ अवधिको लागिमात्र बिमा रकम वापत रु ३५०० भुक्तानी गर्नेछ । अर्को अवधिको बिमा गर्ने नगर्ने अधिकार पहिलो पक्ष संग हुनेछ ।

५ बिमा रकममा कुनै छुटको व्यवस्था भए सो रकमको दावी दोश्रो पक्षले गर्न पाउने छैन ।

६ दोश्रो पक्षले यो सम्झौता अवधि समाप्त भए पश्चात पहिलो पक्षबाट सहयोग प्राप्त भए वा नभए पनि बिमालाइ निरन्तरता दिइरहनु पर्नेछ ।

७ दर्ता सहयोगी मार्फत स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमका बारेमा दिएका निर्देशनहरू पालना गर्नु दोश्रो पक्षको कर्तव्य हुनेछ ।

८ पहिलो पक्ष वा पहिलो पक्ष मार्फत आउने व्यक्तिका संस्थाले दोश्रो पक्षले उपभोग गरिरहेको बिमाको बारेमा सोधपुछ वा प्रतिक्रिया लिन आउला दोश्रो पक्षले यस्तो कार्यमा अनिवार्य रूपमा सहयोग गर्नु पर्नेछ ।

९ नेपाल सरकार द्वारा संचालित स्वास्थ्य बिमाको महत्वको बारेमा दोश्रो पक्षले आफ्ना आफन्त र छरछिमेक लाइ पनि जानकारी दिनुपर्नेछ ।

१० आवश्यकता अनुसार सम्झौताका सर्तहरू आपसी सहमतिमा थपघटहुन सक्नेछन ।

पहिलो पक्षको तर्फबाट

दस्तखत

नाम

पद

मिति

रोहबर

दस्तखत

नाम

मिति

दोश्रो पक्षको तर्फबाट

दस्तखत

नाम

पद

मिति

रोहबर

दस्तखत

नाम

मिति

अनुसूची -४

( कार्यविधिको दफा १२ संग सम्बन्धित )

समय तालिका

क्र.स	क्रियाकलाप	कार्यविधि	समयावधि	जिम्मेवारी
१	सूचना प्रशारण गर्ने	दफा ५	आ.व को सुरुको २ हप्ता	नगरकार्यपालिका
२	आवेदन फारम वितरण तथा आवेदन संकलन गर्ने	दफा ५	तेस्रो र चौथो हप्ता	वडा कार्यालय
३	आवेदन फारम वितरण बन्द गर्ने	दफा ५	चौथो हप्ता	वडा
४	विपन्नता वर्गिकरण गर्ने	दफा ९	पाँचौ हप्ता	वडा
५	सिफारिस सहित नगरमा नामावली पठाउने	दफा ९	पाँचौ हप्ता	वडा
६	नगर स्तरीय छनोट समिति गठन गर्ने	दफा ९	छैठौ हप्ता र सातौ हप्ता	नगर
७	स्वीकृतिका लागि नगरकार्यपालिकामा पेश गर्ने	दफा ९	आठौ हप्ता	नगर
८	नगरपालिका बाट स्वीकृत भएको नामावली प्रकाशन गर्ने	दफा १०	नवौ हप्ता	नगर
९	वडागत विवरण वडा कार्यालयमा पठाउने	दफा १०	नवौ हप्ता	नगर
१०	वडा कार्यालयमा नामावली प्रकाशन गर्ने	दफा १०	नवौ हप्ता	वडा
११	सम्बन्धित बिमा लाभग्राही लाइ सूचना दिने	दफा १०	दशौ हप्ता	वडा
१२	सम्झौता गर्ने	दफा ११	दशौ हप्ता	वडा
१३	दर्ता सहयोगी संग सम्पर्क र बिमा प्रक्रिया प्रारम्भ	दफा १४	दशौ हप्ता	वडा / नगर
१४	नियमित अनुगमन		निरन्तर	वडा / नगर

नोट आ.व. २०८१ / ०८२ को लागि मंसिर मसान्त भित्र क्र.सं १३ सम्मका क्रियाकलाप सम्पन्न गरिने छ तर आगामी आ.व. देखी समय तालिका बमोजिम क्रियाकलाप संचालन गरिने छ ।

अनुसूची- ५  
स्वघोषणाको फारम

शितगंगा नगरपालिका वडा नं. .... बस्ने ..... को नाती/ नातीनी/ नातिनी बुहारी  
..... को छोरा/ छोरी/ छोरा बुहारी वर्ष ..... को म  
.....

यस नगरपालिकाको विपन्न नागरिक नि शुल्क स्वास्थ्य बिमा कार्यविधि २०८१ बमोजिम अनुसूची २ अनुसार कार्यक्रममा समावेश हुनका लागि पेश गरेको विवरण ठिक साँचो हो । स्वदेश तथा विदेशमा देशबाट कुनै किसिमको रोजगार वा निवृत्तिभरण सुविधा लिइराखेको छैन । साथै मेरो स्वामित्वमा अन्यत्र कही कतै घर जग्गा नभएको भनी यो स्वघोषणा फारम भरी बुझाएको छु ।  
विवरण ठिक साँचो हो, झुटा ठहरेयस कार्यक्रम बाट प्राप्त सुविधा वापतको रकम सरकारी बाँकी सरह असुल उपर गर्न कुनै बाधापर्ने छैन ।

स्वघोषणा फारम पेश गर्नेको  
सहीछाप :  
नामथर :

सम्पर्क नं. :

इति संवत् ..... साल ..... महिना ..... गते रोज ..... शुभम् ।

प्रमाणिकरण मिति २०८१/०५/३०

आज्ञाले  
अर्जुन शर्मा  
प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत