

उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना
केन्द्र छनौट तथा पुरस्कार प्रदान गर्ने सम्बन्धी
कार्यविधि, २०८३



गृह मन्त्रालय
सिंहदरबार, काठमाडौं ।

उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र छनौट तथा पुरस्कार प्रदान गर्ने सम्बन्धी
कार्यविधि, २०८३

मा.मन्त्रीस्तरबाट स्वीकृत मिति: २०८३/०२/२७

लागु औषध प्रयोगकर्ताहरूको उपचार तथा पुनःस्थापनाका लागि स्थापना भई सञ्चालित उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रहरूमध्ये उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रको छनौटलाई अनुमानयोग्य, व्यवस्थित र पारदर्शी बनाई स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम बमोजिम नेपाल सरकार, गृह मन्त्रालयको तर्फबाट उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रलाई प्रशंसापत्र, कदरपत्र तथा आर्थिक पुरस्कार प्रदान गरी उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रको सञ्चालनलाई व्यवस्थित गर्न बाञ्छनीय भएकोले,

नेपाल सरकार, गृह मन्त्रालयले आर्थिक कार्यविधि तथा वित्तीय उत्तरदायित्व ऐन, २०७६ को दफा ६५ को उपदफा (४) ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी यो कार्यविधि बनाएको छ।

परिच्छेद- १

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस कार्यविधिको नाम "उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र छनौट तथा पुरस्कार प्रदान गर्ने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८३" रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि नेपाल सरकार, गृह मन्त्रालयबाट स्वीकृत भएको मितिदेखि लागू हुनेछ।

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

(क) "केन्द्र" भन्नाले लागु औषध प्रयोगकर्ताहरूको उपचार तथा पुनःस्थापनाका लागि स्थापना भएका उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र सम्झनु पर्छ।

(ख) "कार्यालय" भन्नाले जिल्ला प्रशासन कार्यालय सम्झनु पर्छ।

(ग) "केन्द्रीय अनुगमन तथा समन्वय समिति" भन्नाले लागु औषध प्रयोगकर्ताहरूको लागि उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ को दफा ८ बमोजिमको केन्द्रीय अनुगमन तथा समन्वय समिति सम्झनु पर्छ।

(घ) "जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समिति" भन्नाले लागु औषध प्रयोगकर्ताहरूको उपचारको लागि उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र सञ्चालन निर्देशिका, २०७५ को दफा ९ बमोजिमको जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समिति सम्झनु पर्छ।

(ङ) "मन्त्रालय" भन्नाले नेपाल सरकार, गृह मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।



१

२.५७५३.५

राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

३. पुरस्कार रकम तथा बजेट: (१) उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रलाई प्रदान गरिने प्रशंसापत्र, कदरपत्र तथा आर्थिक पुरस्कारको रकम मन्त्रालय अन्तर्गत लागू औषध नियन्त्रण तर्फको स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम र बजेटमा व्यवस्था भए बमोजिम हुनेछ।

(२) बजेटको उपलब्धता, प्राप्त आवेदन बमोजिम केन्द्रको कार्य सम्पादन मूल्यांकनका आधारमा प्रशंसापत्र, कदरपत्र तथा आर्थिक पुरस्कार कम्तिमा दुई वटा केन्द्रलाई प्रदान गरिनेछ।

(३) मन्त्रालयबाट कुनै किसिमको कार्यक्रम वा जिन्सी अनुदान वा पुरस्कार प्राप्त गरिसकेका केन्द्रको हकमा त्यसरी अनुदान वा पुरस्कार प्राप्त गरेको पाँच वर्ष पुरा नभई यस कार्यविधि बमोजिम पुरस्कारको लागि सिफारिस वा छनौट गरिने छैन।

परिच्छेद-२

पुरस्कार प्रदान गर्ने प्रक्रिया

४. आवेदन माग गर्ने: (१) मन्त्रालयले स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रमको परिधिभित्र रही उत्कृष्ट कार्य सम्पादन गर्ने केन्द्रहरूलाई पुरस्कृत गर्नको लागि सात दिनको समय दिई निर्धारित अवधिभित्र उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रलाई प्रशंसापत्र, कदरपत्र तथा आर्थिक पुरस्कार प्राप्तिको लागि आवेदन गर्न मन्त्रालयको वेबसाइटमा सूचना प्रकाशन गर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको सूचनामा निर्धारित अवधिभित्र पुरस्कारको लागि आवेदन गर्न चाहने केन्द्रले अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा सूचनामा निर्धारण भए बमोजिमको विधि र प्रक्रिया पूरा गरी आवश्यक कागजात सहित सम्बन्धित कार्यालयमा आवेदन बुझाउनु पर्नेछ।

(३) उपदफा (२) बमोजिम प्राप्त हुन आएका आवेदनहरू सम्बन्धित कार्यालयले जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिमा पठाउनु पर्नेछ।

(४) केन्द्रले उपदफा (२) बमोजिम आवेदन दिँदा आवेदन साथ देहायका कागजातहरू संलग्न गर्नु पर्नेछ:

(क) अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा विवरण फाराम र अनुगमनकर्ताको विवरण,

(ख) संस्था दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ग) केन्द्रको विधानको प्रतिलिपि,

(घ) मन्त्रालयमा आवद्धताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ङ) मूल्य अभिवृद्धि कर/स्थायी लेखा नम्बर दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,



२

२०७०.५
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

- (च) अधिल्लो आर्थिक वर्षको कर चुक्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- (छ) अधिल्लो आर्थिक वर्षको वार्षिक लेखापरीक्षण प्रतिवेदन,
- (ज) केन्द्र रहेको सम्बन्धित स्थानीय तह वा वडा कार्यालयको सिफारिस,
- (झ) केन्द्रको भौतिक, वित्तीय र मानव संसाधनको विवरण,
- (ञ) दफा ५ को उपदफा (२) बमोजिमका अन्य कागजातहरू।

(५) मन्त्रालयले यस दफा बमोजिम आवेदन दिन सूचना प्रविधिको प्रयोग गर्ने व्यवस्था मिलाउन सक्नेछ।

५. पुरस्कारको लागि सिफारिस गर्ने: (१) दफा ४ बमोजिम पुरस्कारको लागि आवेदन दिएका केन्द्रको जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिले यस कार्यविधिको अनुसूची-२ बमोजिम स्थलगत अनुगमन गरी उत्कृष्ट एक केन्द्रलाई आवेदन दिने अवधि समाप्त भएको सात दिनभित्र केन्द्रीय अनुगमन तथा समन्वय समिति समक्ष सिफारिस गरी पठाउनु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिले पुरस्कारका लागि सिफारिस गर्दा अनुसूची-३ बमोजिमको आधारमा मूल्याङ्कन गरी अङ्कभार र सिफारिस भएको केन्द्रले पेश गरेको सङ्कल कागजात समेत संलग्न राखि सिफारिस गर्नु पर्नेछ।

६. पुरस्कारका लागि संस्था सिफारिस गर्ने: (१) दफा ५ बमोजिम जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिबाट सिफारिस भएका केन्द्रहरूले प्राप्त गरेको अंकको आधारमा केन्द्रीय अनुगमन तथा मूल्याङ्कन समितिले प्रदेशगत रूपमा मूल्याङ्कन गरी सबै भन्दा बढी अंक प्राप्त गरेका केन्द्रलाई पुरस्कारका लागि मन्त्रालयमा सिफारिस गर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम मूल्याङ्कन गर्दा बढी अंक प्राप्त गर्ने केन्द्र दुई वा सो भन्दा बढी भएमा अनुसूची-४ का आधारमा प्रदेशगत रूपमा मूल्याङ्कन गर्नु पर्नेछ।

(३) उपदफा (१) बमोजिम मूल्याङ्कन गर्दा दुई वा सो भन्दा बढी केन्द्रको समान अंक भएमा देहायका आधारमा मूल्याङ्कन गरी सबै भन्दा बढी अङ्क प्राप्त गर्ने केन्द्रलाई सिफारिस गर्नु पर्नेछ।

(क) केन्द्रको स्थापनाको समय र निरन्तरता,

(ख) मन्त्रालयमा आबद्धता भएको मिति।



२०७०
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

(४) केन्द्रीय अनुगमन तथा मूल्याङ्कन समितिले उपदफा (१) बमोजिम मूल्याङ्कन गरी उपदफा (२) र (३) को अवस्था आएकोमा सो व्यहोरा खुलाई मूल्याङ्कन गरी क्रमागत सूचीका आधारमा वढी अंक प्राप्त गर्ने केन्द्रहरूलाई प्रदेशगत रूपमा पुरस्कारका लागि छनौट गरी मन्त्रालयमा सिफारिस गर्नेछ।

(५) उपदफा (४) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि कुनै प्रदेशमा केन्द्र संचालनमा नरहेका वा प्रदेश अन्तर्गतका जिल्लाबाट सिफारिस भई नआएमा वा उपचार केन्द्र संचालनको न्यूनतम मापदण्ड पूरा भएको नदेखिएमा केन्द्रीय अनुगमन तथा समन्वय समितिको निर्णय अनुसार अरु प्रदेशहरूमा सञ्चालन भएका उत्कृष्ट मध्येको केन्द्रलाई पुरस्कारको लागि छनौट गर्न बाधा पर्ने छैन।

(६) उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने केन्द्रलाई प्रदान हुने प्रशंसापत्र, पुरस्कार स्वीकृत बजेटको सीमाभित्र रही दामासाहीका हिसावले प्रदान गर्नु पर्नेछ।

७.पुरस्कार प्रमाणपत्र: केन्द्रलाई दिइने पुरस्कार प्रमाणपत्र अनुसूची-५ बमोजिम हुनेछ।

परिच्छेद-३

अनुगमन तथा प्रतिवेदन

८.जानकारी दिनुपर्ने: दफा ६ बमोजिम पुरस्कारका लागि सिफारिश भई पुरस्कार प्राप्त गर्ने उत्कृष्ट कार्य सम्पादन गर्ने केन्द्रको विवरण मन्त्रालयले वेब साइट माफ्ट सार्वजनिक गर्नेछ र सो को जानकारी सम्बन्धित केन्द्रलाई समेत गराउनु पर्नेछ।

९.भुक्तानी विधि: यस कार्यविधि बमोजिम उपलब्ध गराइने आर्थिक पुरस्कारको रकम सम्बन्धित उत्कृष्ट कार्य सम्पादन गरी पुरस्कृत हुने केन्द्रको बैंक खातामा एकमुष्ट रूपमा भुक्तानी गरिनेछ।

१०.पुरस्कारको सदुपयोग गर्नुपर्ने: मन्त्रालयले प्रदान गरेको पुरस्कार रकम सम्बन्धित केन्द्रले आफ्नो खातामा श्रेस्ता राखि केन्द्रको उद्देश्य अनुसार उपयोग हुने गरी अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ।

११.असूल उपर गरिने: (१) केन्द्रले यस कार्यविधि विपरित वा झुट्टा विवरण पेश गरी पुरस्कार प्राप्त गरेको प्रमाणित भएमा त्यस्तो प्रशंसापत्र वा कदरपत्र र आर्थिक पुरस्कार रकम फिर्ता गर्नुपर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम रकम फिर्ता नगरेमा त्यस्तो संस्था वा सस्थाको प्रमुखबाट सरकारी बाँकी सरह असूल उपर गरिनेछ।

(३) उपदफा (२) बमोजिम रकम असूल उपर गर्नुपर्दाको अवस्थामा सम्बन्धित केन्द्र र सो को प्रमुखलाई सफाई पेश गर्न मनासिब माफिकको मौका दिनु पर्नेछ।



२०७३
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

१२. प्रतिवेदन दिनु पर्ने: उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गरी पुरस्कार प्राप्त गरेका केन्द्रले आफ्नो कार्यसम्पादनका सम्बन्धमा वार्षिक रूपमा मन्त्रालय र सम्बन्धित कार्यालयमा प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्नेछ।

परिच्छेद-४

विविध

१३. सूचना प्रविधिको प्रयोग: मन्त्रालय वा केन्द्रीय अनुगमन तथा समन्वय समिति वा जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिले यस कार्यविधिको व्यवस्था कार्यान्वयन गर्न सूचना प्रविधिको प्रयोग गरी काम कारवाही गर्न सक्नेछ र त्यसरी गरिएको काम कारवाहीलाई यसै कार्यविधि बमोजिमको काम कारवाही मानिनेछ।
१४. आवश्यक निर्णय गर्न सक्ने: यस कार्यविधि बमोजिम उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रको छनौट गर्दा वा त्यस्ता उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रलाई प्रशंसापत्र, कदरपत्र तथा आर्थिक पुरस्कार प्रदान गर्ने प्रक्रियामा कुनै समस्या आएमा मन्त्रालयले गरेको निर्णय अन्तिम हुनेछ।
१५. खारेजी र बचाउ: (१) उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र पुरस्कृत गर्न छनौट गर्ने सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८ खारेज गरिएको छ।

(२) उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र पुरस्कृत गर्न छनौट गर्ने सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८ बमोजिम भए गरेका काम कारवाहीहरू यसै कार्यविधि बमोजिम भए गरेको मानिनेछ।



२०७८.५
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

अनुसूची-१
(कार्यविधिको दफा ४ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)
आवेदन फाराम

श्री प्रमुख जिल्ला अधिकारीज्यू,
जिल्ला प्रशासन कार्यालय,
.....।

विषय: पुरस्कारका लागि आवेदन पेश गरेको सम्बन्धमा।

महोदय,

नेपाल सरकार, गृह मन्त्रालय लागू औषध नियन्त्रण शाखाबाट मिति मा प्रकाशित सार्वजनिक सूचना अनुसार यस केन्द्रले आर्थिक वर्ष ---/-- मा उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गरेकोले उक्त पुरस्कारका लागि योग्य र इच्छुक रहेको छ। यस केन्द्रको मिति को कार्य समिति बैठकको निर्णयबाट कार्यविधिमा तोकिए अनुसारका शर्त पालना गर्ने गरी निम्न कागजातहरू संलग्न राखी पुरस्कारका लागि आवेदन पेश गरिएको व्यहोरा अनुरोध छ। लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूको लागि उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र संचालन सम्बन्धित व्यवस्था तथा उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रको छनौट सम्बन्धी कार्यविधि, २०८३ का शर्त, बन्देजहरू पालना गर्न यस केन्द्र मञ्जुर रहेको व्यहोरा समेत अनुरोध छ।

संस्थाको छाप:



भवदीय

.....
अध्यक्ष / प्रमुख

नाम, थर:

केन्द्रको नाम, ठेगाना:

सम्पर्क नं.

संलग्न कागजातहरू:

- (क) विधानको प्रतिलिपि
- (ख) मन्त्रालयमा आबद्धताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (ग) मूल्य अभिवृद्धि कर/स्थायी लेखा नम्बर दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (घ) अघिल्लो आर्थिक वर्षको वार्षिक लेखा परीक्षण प्रतिवेदन।



२०८३
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

अनुसूची- २

(कार्यविधिको दफा ४ को उपदफा (२) र उपदफा (४) खण्ड (क) संग सम्बन्धित)

विवरण फाराम

अनुगमन गरिएको संस्थाको नाम:	
संस्था दर्ताको विवरण:	
जिल्ला	
रजिष्ट्रेशन नं.	
दर्ता मिति	
केन्द्रको प्रकार (गैसस/कम्पनी)	
गृह मन्त्रालय, लागु औषध नियन्त्रण शाखामा सूचीकृत	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन भएको भए मिति
गृह मन्त्रालय, लागु औषध नियन्त्रण शाखामा आवद्धता	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन भएको भए मिति
मूल्य अभिवृद्धि कर पान (PAN) नं.	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
संस्था नवीकरण (जिल्ला प्रशासन कार्यालयमा दर्ता भएको संस्थाको हकमा)	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन भएको भए मिति
संस्थाको अघिल्लो आ.व.को वार्षिक लेखापरीक्षण प्रतिवेदन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
संस्था दर्ता हुँदाको ठेगाना (यदि हालको ठेगाना फरक भए मात्र। - (प्रदेश, जिल्ला, स्थानीय तह, वडा र टोल समेत खुल्ने गरी)	
संस्थाको विधानमा पुनःस्थापना तथा उपचार केन्द्र संचालनको उद्देश्य	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
हालको ठेगाना:	
प्रदेश	
जिल्ला	
स्थानीय तह (मनपा/उपमनपा/नपा/गापा)	
वडा नं.	
टोल	
घर नं.	
फोन नं.	
फ्याक्स नं.	
ईमेल	
वेब साईट	



२०७०
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

केन्द्रको अवस्थिति र भौतिक अवस्था:	उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रको अवस्थिति र भौतिक पूर्वाधार देहाय बमोजिम हुनु पर्नेछ।
अवस्थिति:	
केन्द्रले ओगटेको जम्मा क्षेत्रफल पर्याप्त	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
स्वस्थ, शान्त वातावरण	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
भवन प्रवेशको सहज मार्ग	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
भौतिक संरचना:	
भवन तथा कम्पाउण्डको अवस्था	<input type="checkbox"/> कम्पाउण्ड बाल सहितको पक्की भवन <input type="checkbox"/> कम्पाउण्ड बाल सहितको कच्ची भवन (जस्तापाताको छाना भएको)
तोकिएको सीमा बमोजिमको जग्गाको पर्याप्तता (काठमाण्डौं उपत्यकामा कम्तीमा एक रोपनी र अन्य स्थानमा तीन रोपनी)	<input type="checkbox"/> पर्याप्त छ <input type="checkbox"/> पर्याप्त छैन
केन्द्रले उपयोग गरेको जग्गाको अवस्था	<input type="checkbox"/> आफ्नै स्वामित्वमा जग्गा <input type="checkbox"/> भाडा वा लिजमा लिएको
चौविसे घण्टा शुद्ध खानेपानीको उपलब्धता	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
बगैचाको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
आफ्नै संरचनामा तालीम सञ्चालनको छुट्टै हल	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
उपचाररत व्यक्तिको संख्याको अनुपातमा भवन र सिट क्षमताको पर्याप्तता	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
खेल मैदान	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
उपचाररत व्यक्तिलाई पर्याप्त पुग्ने गरी सुने ठाउँको सुव्यवस्था (खाट, पलङ्ग)	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
स्वास्थ्य परीक्षण कोठा	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
कार्यालय कोठा	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
शौचालय अवस्था	<input type="checkbox"/> सफा <input type="checkbox"/> ठिकै <input type="checkbox"/> फोहोर
भेटघाट कक्ष	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
जनशक्ति व्यवस्था (नियुक्ति वा सम्झौता र योग्यता कागजात पेश गर्नुपर्ने)	उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रमा देहाय बमोजिमको सुरक्षाको व्यवस्था हुनु पर्ने छ।
केन्द्रमा कार्यरत कर्मचारी जनशक्तिजना १) पुरुष..... जना २) महिला..... जना
मुख्य संचालकको विवरण	नाम, थर ठेगाना तालीम गरेको संस्थाको नाम:



राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

 देखि सम्म अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
व्यवस्थापक वा संयोजकको व्यवस्था	नाम, थर ठेगाना तालिम गरेको संस्थाको नाम: देखि सम्म अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
प्रशासन वा लेखा सहायक	नाम, थर ठेगाना योग्यता
पालोपहरा तथा सुरक्षाकर्मी	नाम, थर ठेगाना
कार्यालय सहयोगी वा वगैचे	नाम, थर ठेगाना
भान्से दुई जना	१) नाम, थर ठेगाना योग्यता २) नाम, थर ठेगाना योग्यता
उपचार तथा पुनःस्थापना सञ्चालन सम्बन्धी विज्ञ	नाम, थर ठेगाना तालिम गरेको संस्थाको नाम: देखि सम्म अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
नेपाल मेडिकल काउन्सिलबाट मान्यता प्राप्त चिकित्सक	नाम, थर ठेगाना तालिम गरेको संस्थाको नाम: देखि सम्म अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
प्रयोगकर्ताको नियमित चेकजाँच गर्न मान्यताप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी (अहेव/अनमी/वा अन्य)	नाम, थर ठेगाना तालिम गरेको संस्थाको नाम: देखि सम्म अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
मनोपरामर्शसम्बन्धी विषयमा मान्यताप्राप्त संस्थाबाट कम्तिमा सात दिनको तालिम प्राप्त परामर्शदाता	नाम, थर ठेगाना तालिम गरेको संस्थाको नाम: देखि सम्म अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
विरामी बस्ने घर भवनको परिसरको भरपर्दो सुरक्षाको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
प्रशासन/लेखा चुस्त दुरुस्त	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य



२०७५
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

सामाजिक कार्यकर्ता र पूर्व लागु औषध प्रयोगकर्ताहरूलाई प्राथमिकता	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
चौबिसै घण्टा पालो पहराको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> राम्रो <input type="checkbox"/> सुधार गर्नुपर्ने <input type="checkbox"/> नराम्रो
खानपान, सरसफाई तथा मनोरञ्जन	
चौबिसै घण्टा विद्युत आपूर्ति व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
टेलिभिजनको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
अस्पतालको सुलभता (बढीमा ३० मिनेट भित्र पहुँच बढीमा १० कि.मि.दूरी भित्र)	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
खेलकूद सामग्रीको उपलब्धता/व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
योगा/ध्यान कक्षको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
पुस्तकालय व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
छुट्टै भान्सा कोठाको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
सुशासन र सेवा प्रवाह सम्बन्धी (विबरण पेश गर्नुपर्ने)	
केन्द्रको सिट क्षमता जना जना पुरुष जना महिला
चालु आ.व.मा उपचाररत व्यक्तिको संख्या जना आवासीय जना दिवा सेवा गरी जम्मा जना केन्द्रको क्षमता: <input type="checkbox"/> अनुरूप <input type="checkbox"/> क्षमता भन्दा बढी
चालु आर्थिक वर्षमा उपचाररत संख्या	<input type="checkbox"/> ३० जनासम्म <input type="checkbox"/> ३१ देखि ५० जनासम्म <input type="checkbox"/> ५१ जना भन्दा माथि
केन्द्र सञ्चालन पश्चात केन्द्रबाट उपचार सेवा प्राप्त गरी घर फर्केकाको संख्या	<input type="checkbox"/> ३० जनासम्म <input type="checkbox"/> ३१ देखि ५० जनासम्म <input type="checkbox"/> ५१ जना भन्दा माथि
आगन्तुक पुस्तिका र भेटघाटको व्यवस्थित अभिलेख	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य
सूचना पाटीको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
सेवा प्रकृतिको आधारमा नागरिक वडापत्रको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
उपचाररत व्यक्तिको दैनिक डिजिटल हाजिरी व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
अपाङ्गमैत्री संरचना	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
तोकिएको मासिक शुल्क लागू गरेको (प्रमाण पेश गर्नुपर्ने)	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
केन्द्रले लिने गरेको मासिक शुल्क	रकम रु (मासिक औषधोपचार अन्य
केन्द्रमा कूल उपचाररत व्यक्तिको अनुपातमा १०% निःशुल्क उपचाररत व्यक्तिको संख्या र विवरण (छुट्टै सूची संलग्न गर्नुपर्ने)	१) जम्मा उपचाररत संख्या



१०

२०७०
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

	२) निःशुल्क उपचाररत व्यक्तिको संख्या र विवरण (नाम थर, ठेगाना, उमेर, केन्द्रमा भर्ना भएको मिति, आवासीय/दिवासेवा, सिफारिस निकाय खुलाउने)
लक्षित कार्यक्रम सञ्चालन लाभान्वित समूह	<input type="checkbox"/> महिलाको लागि मात्र <input type="checkbox"/> पुरुषको लागि मात्र <input type="checkbox"/> दुवैका लागि
सीपमुलक तालिम सञ्चालनको विवरण (कागजात समेत सलंगन भएको हुनुपर्ने)	१) तालिमको नाम २) अवधि (देखि-सम्म) ३) लाभान्वित संख्या ४) वजेट खर्च रकम ५) तालिम सञ्चालन स्थान ६) तालिम दिने निकाय/संस्थाको नाम र ठेगाना
अन्य विवरण:	
मन्त्रालयमा आवद्धता पश्चात केन्द्र सञ्चालन भएदेखि हालसम्म भर्ना संख्या	<input type="checkbox"/> ५० जनासम्म <input type="checkbox"/> ५१ देखि १०० जनासम्म <input type="checkbox"/> १०१ जना भन्दा माथी
केन्द्रको निरन्तरता (स्थापना भएको)	<input type="checkbox"/> ५ वर्षसम्म भएको <input type="checkbox"/> ५ देखि १० वर्षसम्म भएको <input type="checkbox"/> १० वर्ष भन्दा माथी
मन्त्रालयमा आवद्धता भएको	<input type="checkbox"/> ५ वर्षसम्म भएको <input type="checkbox"/> ५ देखि १० वर्षसम्म भएको <input type="checkbox"/> १० वर्ष भन्दा माथी
उपचार तथा परामर्श सेवाको क्रममा सम्बन्धित विरामी र निजको परिवारबीच निरन्तर सम्पर्क भेटघाटको व्यवस्था गराउने र सेवालार्ई परिवारमैत्री बनाईने प्रबन्ध	<input type="checkbox"/> राम्रो <input type="checkbox"/> नराम्रो <input type="checkbox"/> सुधार गर्नुपर्ने अन्य
आकस्मिक उपचारको लागि नजिकको स्थानीय अस्पताल वा स्वास्थ्य चौकीमा सिफारिसको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> अन्य अस्पताल वा स्वास्थ्य चौकीको विवरण
उपचाररत सदस्यहरुको लागि नियमित अतिरिक्त क्रियाकलापहरु (खेलकूद/मेडिटेसन/योगा आदि नाम)	१..... २..... ३..... ४..... ५..... ६..... (दैनिक तालिका माग्ने)
उपचार केन्द्रका हालसम्मका प्राप्त उपलब्धिहरु	१. २. ३.
उपचाररत सदस्यको तर्फबाट	उपचाररत सदस्यहरु मध्येबाट आकस्मिक छनौट गरी



११

२०७०.५
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

उपचारको लागि कसरी आएको	<input type="checkbox"/> स्वईच्छाले <input type="checkbox"/> पारिवारको सहमतिले <input type="checkbox"/> संस्थाको सहयोगले
चिकित्सकद्वारा नियमित परीक्षण	<input type="checkbox"/> गरेको <input type="checkbox"/> गरेको छैन <input type="checkbox"/> चिकित्सक नै छैन
आकस्मिक प्राथमिक उपचार सेवा	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> निरन्तर <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छदै छैन
परामर्श सेवा	<input type="checkbox"/> राम्रो छ <input type="checkbox"/> पर्याप्त छ <input type="checkbox"/> पर्याप्त छैन <input type="checkbox"/> लापरवाही
खाना तथा खाजा	<input type="checkbox"/> पर्याप्त छ <input type="checkbox"/> ठिकै छ <input type="checkbox"/> पर्याप्त छैन <input type="checkbox"/> लापरवाही छ
उपचारको क्रममा मानसिक तथा शारिरीक यातना	<input type="checkbox"/> दिईन्छ <input type="checkbox"/> दिईदैन
उपचारको क्रममा रहेका सदस्यलाई अनुचित कार्य गराईन्छ। (जस्तै)	१. २.
संस्थाले दिएको उपचार	<input type="checkbox"/> व्यवस्थित <input type="checkbox"/> अव्यवस्थित <input type="checkbox"/> नराम्रो

कार्य समिति पदाधिकारीको विवरण

S. No. क्र.सं.	Full Name नाम थर	Designation मुख्य/कार्यालय	Address हालको ठेगाना	Lind Line No. टेलिफो नं.	Mobile मोबाइल नं.	Email Address ईमेल
१.						
२.						
३.						
४.						
५.						
६.						
७.						

अनुगमनकर्ता :

क्र.सं.	नाम/थर	पद	संस्था/कार्यालय	हस्ताक्षर	अनुगमन गरेको मिति	कैफियत
१.						
२.						

नोट: अनुगमनकर्ताले प्रत्येक पानामा हस्ताक्षर तथा कार्यालयको छाप लगाउनु पर्नेछ।



१२

२०७५
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

अनुसूची-३

(कार्यविधिको दफा ५ सँग सम्बन्धित)

पुरस्कारका लागि पुनःस्थापना केन्द्रहरूको मूल्याङ्कनका आधारहरू

क्र.सं.	विवरण	अंक भार	कूल अंक	प्रासांक
१	भौतिक संरचना: (२९ अंक)			
१.१	भवन तथा कम्पाउण्डको अवस्था:		१०	
१.१.१	कम्पाउण्ड वाल सहितको पक्की भवन	१०		
१.१.२	कम्पाउण्ड वाल सहितको कच्ची भवन (जस्तापाताको छाना)	७		
१.१.३	कम्पाउण्ड रहितको पक्की भवन	५		
१.१.४	कम्पाउण्ड रहितको कच्ची भवन (जस्तापाताको छाना)	३		
१.२	चौविसै घण्टा शुद्ध खानेपानीको उपलब्धता		२	
१.३	बगैँचाको व्यवस्था		२	
१.४	आफ्नै संरचनामा तालिम संचालनको छुट्टै हल		२	
१.५	उपचाररत व्यक्तिको संख्याको अनुपातमा भवन र सिट क्षमताको पर्याप्तता		२	
१.६	खेल मैदान		२	
१.७	तोकिएको सीमा बमोजिमको जग्गाको पर्याप्तता (जग्गाधनी प्रमाणपूर्जा/सम्झौता पेश गर्नुपर्ने):- (काठमाण्डौ उपत्यकामा कम्तीमा एक रोपनी र अन्य स्थानमा कम्तीमा ३ रोपनी)		७	
१.७.१	आफ्नै जग्गा भएमा	७		
१.७.२	भाडा/लिजमा भएमा	६		
१.८	उपचाररत व्यक्तिलाई पर्याप्त पुग्ने गरी सुत्ने बस्ने ठाउँको सुव्यवस्था (खाट, पलङ्ग)		२	
२	जनशक्ति व्यवस्था: (१८ अंक)- (नियुक्ति वा सम्झौता र योग्यता कागजात पेश गर्नुपर्ने)			
२.१	व्यवस्थापक वा संयोजकको व्यवस्था		२	
२.२	प्रशासन वा लेखा सहायक		२	
२.३	पालोपहरा तथा सुरक्षाकर्मी		२	
२.४	भान्से २ जना		२	
२.५	कार्यालय सहयोगी वा बगैँचे		२	
२.६	उपचार तथा पुनःस्थापना सञ्चालन सम्बन्धी विज्ञ		२	



१३

२०७०.५
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

२.७	नेपाल मेडिकल काउन्सिलबाट मान्यता प्राप्त चिकित्सक	२	
२.८	प्रयोगकर्ताको नियमित चेकजाँच गर्न मान्यताप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी (अहेव/अनमी/वा अन्य)	२	
२.९	मनोपरामर्शसम्बन्धी विषयमा मान्यता प्राप्त संस्थाबाट कम्तीमा सात दिनको तालीम प्राप्त परामर्शदाता	२	
३	खानपान, सरसफाई तथा मनोरञ्जन : (१८ अंक)		
३.१	चौबिसै घण्टा विद्युत आपूर्ति व्यवस्था	२	
३.२	टेलिभिजनको व्यवस्था	२	
३.३	आकस्मिक उपचारको लागि अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थाको सुलभता (बढीमा ३० मिनेट भित्र पहुँच बढीमा १० कि.मि.दूरी भित्र)	४	
३.४	उपचाररत व्यक्तिको स्वास्थ्य बीमाको व्यवस्था	२	
३.५	खेलकूद सामग्री	२	
३.६	योगा ध्यान कक्ष	२	
३.७	पुस्तकालय	२	
३.८	छुट्टै भान्सा कोठाको व्यवस्था	२	
४	सुशासन र सेवा प्रवाह सम्बन्धी (३५ अंक)		
४.१	चालु आर्थिक वर्षमा उपचार भइरहेको संख्या (विवरण पेश गर्नुपर्ने)	७	
४.१.१	३० जनासम्म	३	
४.१.२	३१ देखि ५० जना	५	
४.१.३	५१ देखि माथि	७	
४.२	केन्द्र सञ्चालन पश्चात केन्द्रबाट उपचार सेवा प्राप्त गरी घर फर्केकाको संख्या (विवरण पेश गर्नुपर्ने)	७	
४.२.१	३० जनासम्म	३	
४.२.२	३१ देखि ५० जना	५	
४.२.३	५१ देखि माथि	७	
४.३	आगन्तुक पुस्तिका र भेटघाटको व्यवस्थित अभिलेख	२	
४.४	सूचना पाटीको व्यवस्था	२	
४.५	सेवा प्रकृतिको आधारमा नागरिक वडापत्रको व्यवस्था	२	
४.६	उपचाररत व्यक्तिको दैनिक डिजिटल हाजिरी व्यवस्था	२	
४.७	अपाङ्गमैत्री संरचना	२	



४.८	तोकिएको मासिक शुल्क लागु गरेको (प्रमाण पेश गर्नुपर्ने)	३	
४.९	कम्तीमा १०% निःशुल्क उपचाररत व्यक्तिको विवरण (कागजात पेश भएको हुनुपर्ने)	५	
४.१०	केन्द्रमा उपचाररत व्यक्तिलाई लक्षित गरी सीपमूलक, क्षमता विकास ज्ञानवर्द्धक तालिम/अभिमुखीकरण संचालनको विवरण (कागजात पेश भएको हुनुपर्ने)	३	
कूल अकंभार		१००	



2068.4
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

अनुसूची- ४
(कार्यविधिको दफा ६ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)
समान अङ्क प्राप्त गर्ने दुई भन्दा बढी केन्द्र मूल्याङ्कनका आधार

क्र.सं.	विवरण	अंकभार	कूल अंक	कैफियत
१	मन्त्रालयमा आवद्धता पश्चात केन्द्र सञ्चालन भएदेखि हालसम्म सेवा पाएका व्यक्तिको संख्या		१५	
१.१	५० जनासम्म	५		
१.२	५१ देखि १०० जनासम्म	१०		
१.३	१०१ जना भन्दा माथी	१५		
२	केन्द्रले सेवा प्रभावकारिताको लागि व्यवस्था गरेको जनशक्तिको संख्या र योग्यता		१५	
२.१	उच्च तालीम प्राप्त मनोपरामर्शदाताको उपलब्धता (कागजातका आधारमा)	८		
२.२	स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको उपलब्धता र योग्यता (कागजातका आधारमा)	७		
३	केन्द्र सञ्चालन पश्चात केन्द्रबाट उपचार सेवा प्राप्त गरी घर फर्केकाको संख्या		१०	
३.१	३० जनासम्म	५		
३.२	३१ देखि ५० सम्म	७		
३.३	५१ जना भन्दा माथी	१०		
४	जिल्ला अनुगमन समितिको मूल्याङ्कनको आधारमा सिफारिस केन्द्रको प्राप्ताङ्क		१०	
४.१	१-५० सम्म अंक	०		
४.२	५०-८० सम्म अंक	७		
४.३	८१-१०० सम्म अंक	१०		
कूल अंकभार			५०	



२०७३.८
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव

अनुसूची- ५
(कार्यविधिको दफा ७ सँग सम्बन्धित)
प्रमाण-पत्रको नमूना

नेपाल सरकार
गृह मन्त्रालय
लागू औषध नियन्त्रण शाखा
सिंहदरवार, काठमाडौं

प्रमाण-पत्र

नेपाल सरकार, गृह मन्त्रालयबाट लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूको उपचार तथा पुनःस्थापना कार्यका लागि मिति मा आबद्धता लिई सञ्चालनमा रहेको उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्रलाई आ.व. मा प्रदेशको तर्फबाट छनौट हुनुभएकोले नगद रु. (अक्षरूपी मात्र) पुरस्कार सहित यो प्रमाण-पत्र प्रदान गरिएको छ।

मन्त्रालयले लागू औषध प्रयोगकर्ताको उपचार तथा पुनर्स्थापना कार्यमा यहाँको भूमिकाको प्रशंसा गर्दै भविष्यमा थप उत्कृष्ट कार्यसम्पादनको अपेक्षा गरेको छ।

मिति: २०...../...../.....

.....
सहसचिव एवं मुख्य औषध नियन्त्रण अधिकारी
गृह मन्त्रालय



२०७३.५
राजकुमार श्रेष्ठ
सचिव