**अनुसूची - २**

(दफा ५ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

**आवेदन फारामको ढाँचा**

**१.** अस्पतालको **परिचय**

नामः

ठेगाना/जिल्लाः

सम्पर्क टेलिफोनः

इमेलः

सम्पर्क व्यक्तिः

**२.** अस्पतालको **कानुनी हैसियत**

संस्था दर्ताको प्रमाणपत्र–दर्ता नम्बर र मिति:

संस्था दर्ता भएको निकाय र स्थानः

भ्याट नं./प्यान नं.: नविकरण मितिः

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय वा अर्न्तगतबाट स्वीकृति / सहमती प्राप्त मितिः

समाज कल्याण परिषद्‍मा आवद्धता वा कार्यक्रम संचालनको सम्झौता भएको भए सोको मितिः

**३.** अस्पतालको **प्रकृति र वनावट (विधान बमोजिम) र कार्यानुभव**

प्रमुख उद्देश्यहरुः

(क)

(ख)

(ग)

(घ)

(ङ)

प्रकृतिः सामुदायिक ( ) गैरनाफामूलक ( )

**४.** अस्पतालको **मानवीय, वित्तीय र भौतिक स्थिती**

**क. मानवीय क्षमताः**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र. स. | जनशक्ति विवरण | संख्या (जना) | योग्यता | अनुभव | पूर्णकालीन/अल्पकालीन |
| १ | व्यवस्थापन समिति |  |  |  |  |
| २ | प्रसुती वा बालरोग बिशेषज्ञ वा तालिम प्राप्त चिकित्सक |  |  |  |  |
| ३ | अन्य चिकित्सकहरु |  |  |  |  |
| ४ | क्लिनिकल तालिम सिप प्राप्त नर्स |  |  |  |  |
| ५ | अन्य नर्स |  |  |  |  |
| ६ | क्लिनिकल तालिम सिप भएका पारामेडीक्स स्टाफ |  |  |  |  |
| ७ | अन्य पारामेडीक्स स्टाफ |  |  |  |  |
| ८ | प्रशासनिक र लेखाको कर्मचारी |  |  |  |  |
| ९ | सहयोगी कर्मचारी |  |  |  |  |
|  | जम्मा |  |  |  |  |

वित्तीय स्थिति: अघिल्लो आ. व. को लेखा परीक्षणको प्रतिवेदन संलग्न गर्नुपर्ने छ ।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| अन्य संस्थाबाट पनि निरन्तर अनुदान/सहयोगः | केही प्राप्त भएको/हुने ( ) | प्राप्त नभएको/नहुने ( ) |
| संस्थाको बैक खाताः | छ ( ) | छैन ( ) |
| लेखापरीक्षण प्रतिवेदन | भएको ( ) | नभएको ( ) |

**भौतिक स्थितीः**

**ख. प्राविधिक र भौतिक क्षमता**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| क्र.स | विवरण | संख्या | छैन |
| १ | **अस्पताल**को आफ्नै भवन |  |  |
| २ | **अस्पताल**मा १०-३० जना सम्म अट्ने तालिम हल |  |  |
| ३ | **अस्पताल**मा बेड |  |  |
| ४ | मासिक प्रसुती हुने |  |  |
| ५ | मासिक प नि साधन प्रयोगकर्ता |  |  |
| ६ | दैनिक विरामीको चाप |  |  |
| ७ | कम्प्युटर, एल सी डी प्रोजेक्टर |  |  |
| ८ | cGo ef}lts ;fdu|L: |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| आफ्नै भवन | छ ( ) | छैन ( ) | पर्याप्त छैन ( ) |
| अस्पताल भए (बेड संख्या) |  |  |  |
| मेशिनरी औजार, एम्वुलेन्स र अन्य भौतिक सामग्रीहरुको संख्या | राम्रो ( ) | सन्तोषजनक( ) | सामान्य ( ) |
| समग्ररुपमा मानवीय, वित्तीय र भौतिक स्थिती | राम्रो ( ) | सन्तोषजनक( ) | सामान्य ( ) |

५. अस्पतालबाट **स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रवाह भएका/प्रवाह हुने सेवा वा कार्यक्रम सम्बन्धी विवरण**

सालबसाली प्रवाह भएका सेवा वा कार्यक्रमहरु**:**

क) .................................................................................................

ख) .................................................................................................

प्रस्तावित नयाँ सेवा वा कार्यक्रमहरु:

क) ................................................

ख) ...............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| सेवा /कार्यक्रमले समेट्ने  (भौगोलिक क्षेत्र-जिल्लाको संख्या) | हिमाली | पहाडी | उपत्यका/ भित्री मधेश |
| सेवा/कार्यक्रमले सरकारको घोषित नीति कार्यक्रममा सघाउ पुग्ने | सघाउ पुग्ने ( ) | आंशिक सघाउ पुग्ने ( ) | सघाउ नपुग्ने ( ) |
| सेवा शुल्क ( उपचारात्मकका लागि) | सबैलाई छुट( ) | लक्षित वर्गलाई छुट( ) | सशुल्क ( ) |
| संस्थाको लाभान्वित सेवाग्राहीहरु | गत आ व को सेवाग्राही संख्या..... | लक्षित सेवाग्राहीहरुको संख्या..... |  |

६. **बिगतमा नेपाल सरकारको आर्थिक सहयोगमा संचलन भएका स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमको प्रगति प्रतिवेदन**

बित्तीय प्रगति : राम्रो ( ) सन्तोषजनक ( ) सामान्य ( )

भौतिक प्रगति : राम्रो ( ) सन्तोषजनक ( ) सामान्य ( )

७. **अनुदान माग रकमः** पूजीँगत खर्चको लागि रु....................................../-

अक्षेरुपी: ........................................................................................................ मात्र।

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.स | कार्यक्रम/क्रियाकलाप नाम | अनुदान माग रकम | अस्पतालले व्यहोर्ने रकम | कूल रकम  (C+D) |
| क | ख | ग | घ | ङ |
| १ | सेवा विस्तारका लागि भौतिक पूर्वाधार निर्माण |  |  |  |
| २ | ‍औजार/उपकरण |  |  |  |
| जम्मा | |  |  |  |

नोटः कार्यक्रमको विस्तृत विवरण कार्य योजनमा पेश गर्नुपर्नेछ ।

**संलग्न गर्नु पर्ने कागजातहरु**:

(क) संस्था दर्ता र दर्ता नवीकरण प्रमाणपत्रका प्रतिलिपिहरु

(ख) भ्याट र प्यान नं. का प्रलिलिपीहरु

(ग) मन्त्रालय वा मातहतका निकायको स्वीकृति / सहमती सम्वन्धी कागजातको प्रतिलिपी

(घ) समाज कल्याण परिषद सँगको कार्यक्रम संचालन सम्झौताको प्रतिलिपी

(ङ) बिगतका कार्यक्रमहरुको भौतिक तथा बित्तीय प्रगति विवरणका प्रतिलिपीहरु

(च) लागत सहभागिताको प्रतिवद्धतापत्र

(छ) मान्यता प्राप्त प्राविधिकबाट तयार गरिएको औजार उपकरणको स्पेशिफिकेसन, लागत अनुमान

(ज) निर्माण हुने भौतिक पूर्वाधारको हकमा मान्यता प्राप्त प्राविधिकबाट तयार गरिएको लागत अनुमान, ड्रडङ्ग डिजाइन

(झ) लेखा परीक्षण प्रतिवेदन तथा कर चुक्ता प्रमाणपत्र

(ञ) अघिल्लो आ.व.को करछुटको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।

पेश गर्ने पदाधिकारीको:

दस्तखतः

मितिः

आधिकारीक व्यक्तिका नामः **अस्पताल**को छाप

पद: