



# बेनी नगरपालिका

## नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

बेनी, म्याग्दी

२०७३



प.सं.:- (स्वास्थ्य) २०७९/८०

च. नं.:-

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

मिति: २०७९/१२/१३

### लाक्षित समूहका सुत्केरी आमालाई पोषण खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी सूचना


गण्डकी प्रदेश सरकारको स्विकृत वार्षिक कार्यक्रम आमा तथा बालबालिका पोषण सुधार योजना अन्तर्गत बेनी नगरपालिका स्थायी ठेगाना भई नगरपालिका वा नगरपालिका बाहिरका स्वास्थ्य संस्थामा २०७९ साल श्रावण महिना देखि हाल सम्म सुत्केरी भएका लक्षित समूहका सुत्केरी महिलाहरूलाई दैनिक रु. २०० का दरले ४५ दिनको लागि जम्मा हुन आउने एकमुष्ट रकम रु. ९००० उपलब्ध गराइने भएको हुदा सो रकम प्राप्त गर्नका लागि देहाय बमोजिमको कागजात संलग्न राखी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा १५ दिन भित्र निवेदन पेश गर्नु गराउनुहुन अनुरोध गरिन्छ ।

#### १. लक्षित समूह:

१. अति विपन्न                      २. दलित                      ३. अपाङ्ग                      ४. लोपन्मुख समुदाय

#### २. संलग्न गर्नु पर्ने कागजातहरू:

१. सम्बन्धित वडा कार्यालयबाट लक्षित वर्ग अन्तर्गत पर्ने भनी गरिएको सिफारिस ।
२. परिचय खुल्ने कागज (नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र वा जग्गाधनी पूर्जा वा नेपाल सरकार/प्रदेश सरकार/स्थानीय तहबाट जारी भएको व्यक्तिगत विवरण खुल्ने कागजपत्र ) ।
३. स्थानीय पञ्जिकाधिकारीबाट जारी भएको जन्मदर्ताको प्रमाणपत्र वा स्वास्थ्य संस्थाबाट जारी भएको जन्म प्रमाणपत्र (Birth Certificate) वा घरमा सुत्केरी भएको हकमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट सिफारिस ।
४. सुत्केरी महिलाको नाममा खोलिएको बैंकको खाता नम्बर स्पष्ट खुल्ने चेकको प्रतिलिपि ।
५. अनुसूची १ अनुसारको लाभग्राहीको प्रतिबद्धता तथा स्वघोषणा सहितको निवेदन (स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध गराईने छ) ।

  
धोलकारज ठकाल  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

फोन नं.-०६९-५२१०९५/५२०१२०फ्याक्स नं. ०६९-५२१०९५वेबसाइट: [www.benimun.gov.np](http://www.benimun.gov.np)

इमेल: [info@benimun.gov.np](mailto:info@benimun.gov.np), [benimunicipality@gmail.com](mailto:benimunicipality@gmail.com) फेसबुक: [www.facebook.com/beninagarpalika](http://www.facebook.com/beninagarpalika)



बेनी नगरपालिका  
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

बेनी, म्याग्दी

२०७३



३. निवेदन पेश गर्ने स्वास्थ्य संस्था

क्र.स	वडा नं.	निवेदन पेश गर्ने स्वास्थ्य संस्था
१	१	रत्नेचौर स्वास्थ्य चौकी
२	२	ज्यामरुककोट स्वास्थ्य चौकी
३	३	भकिम्ली स्वास्थ्य चौकी
४	४	सिंगा स्वास्थ्य चौकी
५	५	पुलाचौर स्वास्थ्य चौकी
६	६	थाकनपोखरी सहरी स्वास्थ्य केन्द्र
७	७/८	बेनी नगरपालिका स्वास्थ्य शाखा
८	९	घतान स्वास्थ्य चौकी
९	१०	पात्लेखेत स्वास्थ्य चौकी

\*थप जानकारीका लागि: बेनी नगरपालिका स्वास्थ्य शाखा— ०६९-५२२०५०

  
२०७३  
धोलकराज डहल  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत



अनुसूची-१

**पोषण खर्च भुक्तानीको लाभग्राहीको निवेदन र स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस**

श्रीमान कार्यालय प्रमुख ज्यू,

मिति:.....

स्वास्थ्य कार्यालय.....

विषय: पोषण खर्च भुक्तानी सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा म निवेदक गण्डकी प्रदेश सरकारबाट अर्थिक वर्ष २०७९/०८० को आमा तथा बालबालिकाको पोषण सुधार आयोजना अन्तर्गतको अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपन्मुख सुत्केरी आमा पोषण कार्यक्रमको मापदण्ड बमोजिमको पोषण खर्च प्राप्त गर्ने लाभग्राही हुँ । मैले उल्लेखित कार्यक्रमबाट प्राप्त हुने रकम पोषिलो खानेकुरा व्यवस्थापन गर्नका लागि मात्र खर्च गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु । मैले यसै प्रकृतिको सुविधा अन्य निकायबाट प्राप्त नगरेको स्व-घोषणा गर्दछु । अतः मलाई मापदण्डमा उल्लेख भए अनुसारको दैनिक रु.२००।— (दुई सय मात्र) का दरले ४५ (पैतालिस) दिनको एकमुष्ट रु.९,०००।— (नौ हजार मात्र) मेरो नाममा रहेको ..... बैंकको, ..... शाखामा रहेको खाता नं..... मार्फत भुक्तानी गरिदिनुहुन तपसिल बमोजिमका कागजपत्रहरु संलग्न गरी यो निवेदन पेश गरेकी छु ।

तपसिल

१. सम्बन्धित वडा कार्यालयबाट निवेदक अति विपन्न वा दलित वा अपाङ्ग वा लोपन्मुख जाती रहेको भनी गरेको सिफारिस-पत्र ।
२. परिचय खुल्ने कागज (नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र वा जग्गाधनी पूर्जा वा नेपाल सरकार/प्रदेश सरकार/स्थानीय तहबाट जारी भएको व्यक्तिको विवरण खुल्ने कागजपत्र)
३. स्थानिय पञ्जिकाधिकारीबाट जारी भएको जन्म दर्ताको प्रमाणपत्र वा स्वास्थ्य संस्थाबाट जारी भएको जन्म प्रमाणपत्र (Birth Certificate) वा घरमा सुत्केरी भएको हकमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट सिफारिस
४. सुत्केरी महिलाको नाममा खोलिएको बैंकको खाता नम्बर स्पष्ट खुल्ने चेकको प्रतिलिपि ।

(हस्ताक्षर)

नामथर:.....

टेगना:.....

फोन नं.....

**स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस**

उल्लिखित विवरणहरुको बेहोरा साँचो रहेको हुनाले पेश भए बमोजिमको पोषिलो खाना खर्च भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछु ।

सिफारिस गर्ने स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नामथर:.....

पद:..... फोन नं.....

हस्ताक्षर..... मिति:.....

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:.....

सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको छाप