उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र पुरस्कृत गर्न छनौट गर्ने सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८

नेपाल सरकार मा.मन्त्रीस्तरबाट स्वीकृत मितिः २०७८/०१/२०

लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुका लागि उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ बमोजिम उत्कृष्ठ कार्यसम्पादन गर्ने उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रलाई पुरस्कृत गर्न निर्देशिकाको दफा १३ को प्रयोजनको लागि नेपाल सरकार गृह मन्त्रालयले यो मापदण्ड बनाएको छ।

परिच्छेद — १

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भः (१) यस मापदण्डको नाम उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र पुरस्कृत गर्न छनौट गर्ने सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८ रहेको छ।

(२) यो मापदण्ड स्वीकृत भएको मितिदेखि लागू हुनेछ।

२. परिभाषाः विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस मापदण्डमा,-

क) "केन्द्र" भन्नाले लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुका लागि उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ को दफा ३ बमोजिम सञ्चालित उपचार तथा पुनःस्थापना केन्द्र सम्झनु पर्छ।

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

ग) "केन्द्रीय अनुगमन तथा समन्वय समिति" भन्नाले निर्देशिकाको दफा ८ बमोजिमको केन्द्रीय अनुगमन तथा समन्वय समिति सम्झनु पर्छ।

घ) "जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समिति" भन्नाले निर्देशिकाको दफा ९ बमोजिमको जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समिति सम्झनु पर्छ।

ङ) "मन्त्रालय" भन्नाले गृह मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।

च) "निर्देशिका" भन्नाले लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुका लागि उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ सम्झनु पर्छ।

परिच्छेद — २
पुरस्कार सम्बन्धी व्यवस्था

३. <u>पुरस्कार रकम र बजेट व्यबस्था</u> (१) निर्देशिका बमोजिम प्रदान गरिने पुरस्कारको रकम गृह मन्त्रालय अन्तर्गत लागू औषध नियन्त्रण कार्यक्रमको वार्षिक स्वीकृत बजेटमा व्यवस्था भए अनुसार हुनेछ।

(२) बजेटको पर्याप्तता र केन्द्रहरुको उत्कृष्टताका आधारमा सम्भव भएसम्म सबै प्रदेशको प्रतिनिधित्व हुने गरी समन्यायिक रुपमा प्रदान गरिनेछ।

(३) मन्त्रालयबाट कुनै किसिमको कार्यक्रम वा जिन्सी अनुदान वा पुरस्कार प्राप्त गरिसकेका केन्द्रहरुको हकमा त्यसरी अनुदान वा पुरस्कार प्राप्त गरेको ५ वर्ष पुरा नभई यस मापदण्ड बमोजिम पुरस्कारको लागि सिफारिस वा छनौट गरिने छैन ।

परिच्छेद — ३
पुरस्कार प्रदान गर्ने प्रक्रिया

४. <u>आवेदन माग गर्ने</u>: (१) मन्त्रालयले निर्देशिकाको दफा १३ बमोजिम ७ दिनको समय दिई केन्द्रहरुबाट अनुसूची-१ बमोजिम आवेदनका लागि सार्वजनिक रुपमा सूचना प्रकाशन गर्नेछ।

(३) पुरस्कारको लागि आवेदन गर्न चाहने केन्द्रहरुले उपदफा (१) बमोजिमको सूचनामा तोकिएको अवधिभित्र सूचनामा तोकिए बमोजिम केन्द्रहरुले सम्बन्धित कार्यालयमा आवेदन बुझाउनु पर्नेछ।

(४) उपदफा (२) बमोजिम प्राप्त हुन आएका आवेदनहरु सम्वन्धित कार्यालयले जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिमा पठाउनु पर्नेछ ।

(५) केन्द्रले उपदफा (२) बमोजम आवेदन दिंदा आवेदन साथ देहायका कागजातहरु संलग्न गर्नु पर्नेछः

(क) अनुसूची -२ बमोजिमको निवेदन,
(ख) संस्था दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ग) केन्द्रको विधानको प्रतिलिपि,

(घ) मन्त्रालयमा आबद्धताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

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

(च) अघिल्लो आर्थिक वर्षको कर चुक्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(छ) अघिल्लो आर्थिक वर्षको वार्षिक लेखा परिक्षण प्रतिवेदन,

(ज) केन्द्र रहेको सम्बन्धित स्थानीय तह/वडा कार्यालयको सिफारिस,

(झ) केन्द्रको भौतिक, वित्तिय र मानव संशाधनको विवरण,

(ञ) दफा ५ को उपदफा (२) बमोजिम अन्य कागजातहरु ।

५. <u>पुरस्कारको लागि सिफारिस गर्ने ;</u> (१) दफा (४) बमोजिम पुरस्कारको लागि आवेदन दिएका केन्द्रहरुको जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिले यस मापदण्डको अनुसूची -३ बमोजिम स्थलगत अनुगमन गरी उत्कृष्ट एक केन्द्रलाई आवेदन दिने अवधि समाप्त भएको ७ दिन भित्र केन्द्रिय अनुगमन तथा समन्वय समिति समक्ष सिफारिस गरी पठाउनु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिले पुरस्कारका लागि सिफारिस गर्दा देहायको आधारमा मूल्याँकन गरी अंकभार र सिफारिस भएको केन्द्रले पेश गरेको सक्कल कागजात समेत संलग्न राखि सिफारिस गर्नु पर्नेछ।

क्र.सं.	विवरण	अंक भार	कूल अंक	प्राप्तांक
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	चौबिसै घण्टा शुद्ध खानेपानीको उपलब्धता		२	
१.३	बगैंचाको 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):- (काठमाण्डौं उपत्यकामा कम्तीमा एक रोपनी र अन्य स्थानमा कम्तिमा ३ रोपनी)	७	
१.७.१	आफ्नै जग्गा भएमा	७	
१.७.२	भाडा/लिजमा भएमा	५	
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 बगैंचे	२	
२.६	उपचार तथा पुनर्स्थापना सञ्चालन सम्वन्धी विज्ञ	२	
२.७	नेपाल मेडिकल काउन्सिलवाट मान्यता प्राप्त चिकित्सक	२	
२.८	प्रयोगकर्ताको नियमित चेकजाँच गर्न मान्यताप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी (अहेव/अनमी/वा अन्य)	२	
२.९	मनोपरामर्शसम्वन्धी विषयमा मान्यता प्राप्त संस्थावाट कम्तिमा ७ 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	खेलकुद 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 केन्द्रवाट 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 लागू 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	

६ <u>पुरस्कारका लागि संस्था सिफारिस गर्ने:</u> (१) दफा ५ बमोजिम जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिबाट सिफारिस भएका केन्द्रहरुले प्राप्त गरेको अंकको आधारमा केन्द्रिय अनुगमन तथा

मूल्यांकन समितिले प्रदेशगत रुपमा मूल्याङ्कन गरी सबै भन्दा बढी अंक प्राप्त गरेका केन्द्रलाई पुरस्कारका लागि मन्त्रालयमा सिफारिस गर्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम मुल्यांकन गर्दा बढी अंक प्राप्त गर्ने केन्द्र दुई वा सो भन्दा बढी भएमा देहायका आधारमा प्रदेशगत रुपमा मूल्यांकन गर्नेछ।

क.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 प्रभावकारिताकोलागि व्यवस्था गरेको जनशक्तिको संख्या र योग्यता		१५	
२.१	उच्च तालिम प्राप्त मनोपरामर्शदाताको उपलब्धता (कागजातका आधारमा)	८		
२.२	स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको उपलब्धता र योग्यता (कागजातका आधारमा)	७		
३	केन्द्र सञ्चालन पश्चात केन्द्रवाट 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		
	कुल अंकभार		५०	

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

(क) केन्द्रको स्थापनाको समय र निरन्तरता

(ख) मन्त्रालयमा आबद्धता भएको मिति

(४) केन्द्रिय अनुगमन तथा मूल्यांकन समितिले उपदफा (१) वा (२) वा (३) का आधारमा मूल्याङ्कन गरी क्रमागत सूचिका आधारमा बढी अंक प्राप्त गर्ने प्रदेशगत रूपमा उत्कृष्ट भएका सात केन्द्रहरुलाई पुरस्कारका लागि छनौट गरी मन्त्रालयमा सिफारिस गर्नेछ।

तर, कुनै प्रदेशमा केन्द्र संचालनमा नरहेका वा प्रदेश अन्तर्गतका जिल्लाबाट सिफारिस भई नआएमा वा उपचार केन्द्र संचालनको न्यूनतम मापदण्ड पूरा भएको नदेखिएमा केन्द्रिय अनुगमन तथा समन्वय समितिको निर्णयानुसार अर्को प्रदेशको केन्द्रलाई पुरस्कारको लागि छनौट गर्न बाधा पर्ने छैन।

(४) केन्द्रलाई पुरस्कार स्वीकृत बजेटको सीमा भित्र रही दामासाहीका हिसावले प्रदान गर्नु पर्नेछ ।

७. <u>पुरस्कार प्रमाणपत्र:</u> केन्द्रलाई दिइने पुरस्कार प्रमाणपत्र अनुसूची -४ बमोजिम हुनेछ ।

परिच्छेद — ४
अनुगमन तथा प्रतिवेदन

८. <u>जानकारी दिनुपर्नेः</u> (१) दफा ६ वमोजिम पुरस्कारका लागि सिफारिश भएका केन्द्रको विवरण मन्त्रालयले सम्बन्धित केन्द्रलाई जानकारी दिनु पर्नेछ ।छनौट र स्वीकृत भएको सूचना मन्त्रालयको वेब साइटमा राख्नु पर्नेछ ।

९. <u>भूक्तानी विधिः</u> यस मापदण्ड बमोजिम उपलब्ध गराइने पुरस्कारको रकम एकमुष्ठ बैंक मार्फत् भुक्तानी गरिनेछ।

१०. <u>पुरस्कारको सदुपयोग गर्नुपर्नेः</u> मन्त्रालयले प्रदान गरेको पुरस्कार रकम सम्वन्धित केन्द्रले आफ्नो खातामा आम्दानी बाँधी केन्द्रको उद्धेश्य अनुसार समुचित उपयोग हुने गरी श्रेस्ता राखी अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ।

११. <u>असूल उपर गरिने</u>: (१) केन्द्रले यस मापदण्ड विपरित वा झुट्टा विवरण पेश गरी पुरस्कार प्राप्त गरेको प्रमाणित भएमा सरकारी बाँकी सरह असूल उपर गरिनेछ।

१२. <u>सफाई पेश गर्ने मौका दिनुपर्ने</u>: दफा ११ बमोजिम रकम असूल उपर गर्नुपर्दाको अवस्थामा सम्बन्धित केन्द्रलाई सफाई पेश गर्न मुनासिब माफिकको मौका दिनु पर्नेछ ।

१३. <u>प्रतिवेदन दिनु पर्ने</u>: पुरस्कार प्राप्त गरेका केन्द्रले आफ्नो कार्यसम्पादनका सम्बन्धमा वार्षिक रुपमा मन्त्रालय र सम्वन्धित कार्यालयमा प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्नेछ।

परिच्छेद — ५

<u>विविध</u>

१४. <u>बाधा अड्काउ फुकाउने</u>: यस मापदण्डको कार्यान्वयन गर्दा कुनै बाधा अड्काउ परेमा मन्त्रालयले सो बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ।

१५. <u>संसोधन वा खारेज गर्न सकिने</u>: मन्त्रालयले यस मापदण्डलाई आवश्यकता अनुसार संसोधन वा खारेज गर्न सक्नेछ।

अनुसूची-१
(मापदण्डको दफा ४ सँग सम्बन्धित)

लागू औषध प्रयोगकर्ताका लागि सञ्चालित उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रलाई वितरण गरिने पुरस्कारका लागि आवेदन पेश गर्ने सम्बन्धी सार्वजनिक सूचना

गृह मन्त्रालय लागू औषध नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तर्गत आर्थिक वर्ष .... को वार्षिक स्वीकृत वजेट तथा कार्यक्रम अनुसार लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुको लागि सञ्चालित उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ बमोजिम हालसम्म संचालनमा रही उत्कृष्ट कार्य सम्पादन गरेका उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रलाई पुरस्कार वितरण गर्ने कार्यक्रम रहेकोले इच्छुक केन्द्रले उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र पुरस्कृत गर्न छनौट गर्ने सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८ को अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा यो सूचना प्रकाशन भएको मितिले ७ दिनभित्र सम्बन्धित जिल्ला प्रशासन कार्यालयमा आवेदन पेश गर्नुहुन यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ। साथै अन्य जानकारीका लागि लागू औषध नियन्त्रण शाखाको फोन नं. ०१४२११२२२/४२११२८४ मा सम्पर्क गर्नुहुन वा शाखाको बेवसाईट www.drugportal.gov.np हेर्नुहुन अनुरोछ गरिन्छ।

अनुसूची-२

(मापदण्डको दफा ४ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)
आवेदन फाराम

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

विषय: पुरस्कारका लागि आवेदन पेश गरेको सम्बन्धमा।

महोदय,

गृह मन्त्रालय लागू औषध नियन्त्रण शाखाबाट मिति .... मा प्रकाशित सार्वजनिक सूचना अनुसार यस केन्द्र पुरस्कारका लागि योग्य र इच्छुक रहेकाले केन्द्रको मिति .... को कार्य समिति बैठकको निर्णयबाट मापदण्डमा तोकिए अनुसारका शर्त पालना गर्ने गरी निम्न कागजातहरु संलग्न राखि पुरस्कारका लागि आवेदन पेश गरिएको व्यहोरा अनुरोध छ। लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुको लागि उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ तथा लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुका लागि संचालित उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रलाई पुरस्कार वितरण सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८ का सर्त, बन्देजहरु पालना गर्न केन्द्र मञ्जुर रहेको व्यहोरा समेत अनुरोध छ

भवदीय

संस्थाको छाप:

....
अध्यक्ष / प्रमुख
नाम,थर:
केन्द्रको नाम, ठेगाना:
संम्पर्क नं.

सलंग्न कागजातहरु:

क) विधानको प्रतिलिपी
ख) मन्त्रालयमा आबद्धताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
ग) मूल्य अभिवृद्धि कर/स्थायी लेखा नम्बर दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
घ) अघिल्लो आर्थिक वर्षको वार्षिक लेखा परिक्षण प्रतिवेदन

अनुसूची-३

(मापदण्डको दफा ५ सँग सम्बन्धित)

अनुगमन फारम

अनुगमन गरिएको संस्थाको नाम :	
संस्था दर्ताको विवरण :	
जिल्ला	
रजिष्ट्रेशन नं.	
दर्ता मिति	
केन्द्रको प्रकार (गैसस/कम्पनी)	
गृह मन्त्रालय, लागू औषध नियन्त्रण शाखामा सूचिकृत	☐ छ ☐ छैन भएको भए मिति ....
गृह मन्त्रालय, लागू औषध नियन्त्रण शाखामा आवद्धता	☐ छ ☐ छैन भएको भए मिति ....
मूल्य अभिवृद्धि कर/ पान (PAN) नं.	☐ छ ☐ छैन
संस्था नविकरण (जिल्ला प्रशासन कार्यालयमा दर्ता भएको संस्थाको हकमा)	☐ छ ☐ छैन भएको भए मिति ....
संस्थाको अघिल्लो आ.व.को बार्षिक लेखापरिक्षण प्रतिवेदन	☐ छ ☐ छैन
संस्था दर्ता हुँदाको ठेगाना (यदि हालको ठेगाना फरक भए मात्र)- (प्रदेश,जिल्ला,स्थानीय तह,वडा र टोल समेत खुल्ने गरी)	
संस्थाको विधानमा पुनर्स्थापना तथा उपचार केन्द्र संचालनको उद्देश्य	☐ छ ☐ छैन
हालको ठेगाना :	
प्रदेश	
जिल्ला	
स्थानीय तह (मनपा/उपमनपा/नपा/गापा)	
वडा नं.	
टोल	
घर नं.	
फोन नं.	
फ्याक्स नं.	

ईमेल	
वेभ साईट	

केन्द्रको अवस्थिति र भौतिक अवस्था :	*उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रको अवस्थिति र भौतिक पूर्वाधार देहाय बमोजिम हुनु पर्ने छ ।*
अवस्थिति :	
केन्द्रले ओगटेको जम्मा क्षेत्रफल पर्याप्त	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
स्वस्थ, शान्त वातावरण	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
भवन प्रवेशको सहज मार्ग	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
भैतिक संरचना :	
भवन तथा कम्पाउण्डको अवस्था	☐ कम्पाउण्ड वाल सहितको पक्की भवन ☐ कम्पाउण्ड वाल सहितको कच्ची भवन (जस्तापाताको छाना भएको)
तोकिएको सीमा वमोजिमको जग्गाको पर्याप्तता (काठमाण्डौं उपत्यकामा कम्तिमा १ रोपनी र अन्य स्थानमा ३ रोपनी)	☐ पर्याप्त छ ☐ पर्याप्त छैन
केन्द्रले उपयोग गरेको जग्गाको अवस्था	☐ आफ्नै स्वामित्वमा जग्गा ☐ भाडा वा लिजमा लिएको
चौविसै घण्टा शुद्ध खानेपानीको उपलव्धता	☐ छ ☐ छैन
वगैचाको व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन
आफ्नै संरचनामा तालिम सञ्चालनको छुट्टै हल	☐ छ ☐ छैन
उपचाररत व्यक्तिको संख्याको अनुपातमा भवन र सीट क्षमताको पर्याप्तता	☐ छ ☐ छैन
खेल मैदान	☐ छ ☐ छैन
उपचाररत व्यक्तिलाई पर्याप्त पुग्ने गरी सुत्ने ठाउँको सुव्यवस्था (खाट, पलङ्ग)	☐ छ ☐ छैन
स्वास्थ्य परीक्षण कोठा	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
कार्यालय कोठा	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
शौचालय अवस्था	☐ सफा ☐ ठिकै ☐ फोहोर
भेटघाट कक्ष	☐ छ ☐ छैन
जनशक्ति व्यवस्था : (नियुक्ति वा सम्झौता र योग्यता कागजात पेश गर्नुपर्ने)	*उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रमा देहाय बमोजिमको सुरक्षाको व्यवस्था हुनु पर्ने छ ।*
केन्द्रमा कार्यरत कर्मचारी जनशक्ति	.... जना १) पुरुष ....जना २) महिला..........जना

मुख्य संचालकको विवरण	नाम,थर .... ठेगाना .... योग्यता .... अनुभव ☐छ ☐छैन
व्यवस्थापक वा संयोजकको व्यवस्था	नाम,थर .... ठेगाना .... योग्यता .... अनुभव ☐ छ ☐ छैन
प्रशासन वा लेखा सहायक	नाम,थर .... ठेगाना .... योग्यता..........
पालोपहरा तथा सुरक्षाकर्मी	नाम,थर .... ठेगाना ....
कार्यालय सहयोगी वा वगैंचे	नाम,थर .... ठेगाना ....
भान्से २ जना	१) नाम,थर ....ठेगाना ....योग्यता .... २) नाम,थर ....ठेगाना ....योग्यता ....
उपचार तथा पुनर्स्थापना सञ्चालन सम्वन्धी विज्ञ	नाम,थर .... ठेगाना .... योग्यता .... अनुभव ☐छ ☐छैन
नेपाल मेडिकल काउन्सिलवाट मान्यता प्राप्त चिकित्सक	नाम,थर .... ठेगाना .... NMC No. .... अनुभव ☐छ ☐छैन
प्रयोगकर्ताको नियमित चेकजाँच गर्न मान्यताप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी (अहेव/अनमी/वा अन्य)	नाम,थर .... ठेगाना .... Regd. No. .... तालिम गरेको संस्थाको नाम: .... अनुभव ☐छ ☐ छैन
मनोपरामर्शसम्वन्धी विषयमा मान्यताप्राप्त संस्थावाट कम्तिमा ७ दिनको तालिम प्राप्त परामर्शदाता	नाम,थर .... ठेगाना .... तालिम गरेको संस्थाको नाम: ....देखि ....सम्म अनुभव ☐छ ☐ छैन
विरामी वस्ने घर/ भवनको परिसरको भरपर्दो सुरक्षाको व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
प्रशासन/ लेखा चुस्त दुरुस्त	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
सामाजिक कार्यकर्ता र पुर्व लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुलाई प्राथमिकता	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
चौविसै घण्टा पालो पहराको व्यवस्था	☐ राम्रो ☐ सुधार गर्नुपर्ने ☐ नराम्रो
खानपान, सरसफाई तथा मनोरञ्जन	
चौविसै घण्टा विधुत आपुर्ति व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन
टेलिभिजनको व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन
अस्पतालको सुलभता (वढीमा ३० मिनेट भित्र पहुँच/वढीमा १० कि.मि.दूरी भित्र)	☐ छ ☐ छैन
खेलकुद सामग्रीको उपलव्धता/व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
योगा/ध्यान कक्षको व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
पुस्तकालय व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन अन्य ....
छुट्टै भान्सा कोठाको व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन अन्य ....

सुशासन र सेवा प्रवाह सम्वन्धी (विवरण पेश गर्नुपर्ने)	
केन्द्रको सीट क्षमता	............जना .... जना पुरुष ....जना महिला
चालु आ.व.मा उपपचाररत व्यक्तिको संख्या	.... जना आवासीय .... जना दिवा सेवा गरी जम्मा .... जना केन्द्रको क्षमता : ☐ अनुरुप ☐ क्षमता भन्दा बढी
चालु आर्थिक वर्षमा उपचाररत संख्या	☐३० जनासम्म ☐ ३१ देखि ५० जनासम्म ☐ ५१ जना भन्दा माथी
केन्द्र सञ्चालन पश्चात केन्द्रवाट उपचार सेवा प्राप्त गरी घर फर्केकाको संख्या	☐३० जनासम्म ☐३१ देखि ५० जनासम्म ☐ ५१ जना भन्दा माथी
आगन्तुक पुस्तिका र भेटघाटको व्यवस्थित अभिलेख	☐छ ☐ छैन ☐ अन्य ....
सूचना पाटीको व्यवस्था	☐छ ☐ छैन
सेवा प्रकृतिको आधारमा नागरिक वडापत्रको व्यवस्था	☐छ ☐ छैन
उपचाररत व्यक्तिको दैनिक डिजिटल हाजिरी व्यवस्था	☐छ ☐ छैन
अपाङ्गमैत्री संरचना	☐छ ☐ छैन
तोकिएको मासिक शुल्क लागू गरेको (प्रमाण पेश गर्नुपर्ने)	☐छ ☐ छैन
केन्द्रले लिने गरेको मासिक शूल्क	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............ २) निःशुल्क उपचाररत व्यक्तिको संख्या र विवरण (नाम थर, ठेगाना, उमेर, केन्द्रमा भर्ना भएको मिति, आवासीय/ दिवासेवा, सिफारिस निकाय खुलाउने)
लक्षित कार्यक्रम सञ्चालन लाभान्वित समुह	☐ महिलाको लागि मात्र ☐ पुरुषको लागि मात्र ☐ दुवैका लागि
सीपमुलक तालिम सञ्चालनको विवरण (कागजात समेत सलंग्न भएको हुनुपर्ने)	१) तालिमको नाम......... २) अवधि (देखि-सम्म)...... ३) लाभावन्वित 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	☐ ५० जनासम्म ☐ ५१ देखि १०० जनासम्म ☐ १०१ जना भन्दा माथी
केन्द्रको निरन्तरता (स्थापना भएको)	☐ ५ वर्षसम्म भएको ☐५ देखि १० बर्षसम्म भएको ☐ १० वर्ष भन्दा माथी
मन्त्रालयमा आवद्धता भएको	☐ ५ वर्षसम्म भएको ☐५ देखि १० बर्षसम्म भएको ☐ १० वर्ष भन्दा माथी
उपचार तथा परामर्श सेवाको क्रममा सम्बन्धित विरामी र निजको परिवारवीच निरन्तर सम्पर्क भेटघाटको व्यवस्था गराउने र सेवालाई परिवारमैत्री वनाईने प्रबन्ध	☐राम्रो ☐ नराम्रो ☐ सुधार गर्नुपर्ने अन्य ....

आकस्मिक उपचारको लागि नजिकको स्थानीय अस्पताल वा स्वास्थ्य चौकीमा सिफारिसको व्यवस्था	☐ छ ☐ छैन अन्य .... अस्पताल वा स्वास्थ्य चौकीको विवरण ....
उपचाररत सदस्यहरुको लागि नियमित अतिरिक्त क्रियाकलापहरु (खेलकुद/मेडिटेसन/योगा आदी नाम)	१............................... २............................. ३........................... ४............................. ५............................ ६............................ (दैनिक तालिका माग्ने)
उपचार केन्द्रका हालसम्मका प्राप्त उपलब्धीहरु	१. २. ३.
उपचाररत सदस्यको तर्फबाट	*उपचाररत सदस्यहरु मध्येबाट आकस्मिक छनौट गरी*
उपचारको लागि कसरी आएको	☐ स्वईच्छाले ☐ पारिवारको सहमतीले ☐ संस्थाको सहयोगले
चिकित्सकद्वारा नियमित परिक्षण	☐ गरेको ☐ गरेको छैन ☐ चिकित्सक नै छैन
आकस्मिक प्राथमिक उपचार सेवा	☐ छ ☐ निरन्तर छैन ☐ छदै छैन
परामर्श सेवा	☐ राम्रो छ ☐ पर्याप्त छ ☐ पर्याप्त छैन ☐ लापरवाही
खाना तथा खाजा	☐ पर्याप्त छ ☐ ठिकै छ ☐ पर्याप्त छैन ☐ लापरवाही छ
उपचारको क्रममा मानसिक तथा शारिरीक यातना	☐ दिईन्छ ☐ दिईदैन
उपचारको क्रममा रहेका सदस्यलाई अनुचित कार्य गराईन्छ। (जस्तै)	१. २.
संस्थाले दिएको उपचार	☐ व्यवस्थित ☐ अव्यवस्थित ☐ 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	कैफियत
१.					
२.					

अनुसूची-४

(मापदण्डको दफा ७ सँग सम्बन्धित)

प्रमाण-पत्रको नमूना

नेपाल सरकार
गृह मन्त्रालय
लागू औषध नियन्त्रण शाखा
सिंहदरवार, काठमाडौं

प्रमाण-पत्र

लागू औषध प्रयोगकर्ताहरुको उपचार तथा पुनर्स्थापना कार्यका लागि गृह मन्त्रालयमा मिति .... मा आवद्धता लिई सञ्चालनमा रहेको .... उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र आ.व. .... मा ...... प्रदेशको तर्फबाट उत्कृष्ट हुन सफल हुनुभएकोले नगद रु .... (अक्षरुपी .... मात्र) पुरस्कार सहित यो प्रमाण-पत्र प्रदान गरिएको छ।

लागू औषध प्रयोगकर्ताको उपचार तथा पुनर्स्थापना कार्यमा यहाँको भूमिकाको गृह मन्त्रालय उच्च प्रशंसा गर्दै भविष्यमा थप उत्कृष्ठ कार्यसम्पादनको अपेक्षा गरेको छ।

....
सहसचिव एवं मूख्य लागू औषध नियन्त्रण अधिकारी
गृह मन्त्रालय

मितिः २०...../...../......