



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

नेपाल सरकार मा.मन्त्रीस्तरबाट स्वीकृत मिति: २०७८/०१/२०

लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूका लागि उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ बमोजिम उत्कृष्ट 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 प्रारम्भ: (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. परिभाषा: विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस मापदण्डमा,-

- क) "केन्द्र" भन्नाले लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूका 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 प्रयोगकर्ताहरूका लागि उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ सम्झनु पर्छ।



परिच्छेद — २

पुरस्कार सम्बन्धी व्यवस्था

३. पुरस्कार रकम र बजेट व्यवस्था (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 केन्द्रहरूको उत्कृष्टताका आधारमा सम्भव भएसम्म सबै प्रदेशको प्रतिनिधित्व हुने गरी समन्यायिक रूपमा प्रदान गरिनेछ।

(३) मन्त्रालयबाट कुनै किसिमको कार्यक्रम वा जिन्सी अनुदान वा पुरस्कार प्राप्त गरिसकेका केन्द्रहरूको 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. आवेदन माग गर्ने: (१) मन्त्रालयले निर्देशिकाको दफा १३ बमोजिम ७ दिनको समय दिई केन्द्रहरूबाट अनुसूची-१ बमोजिम आवेदनका लागि सार्वजनिक रूपमा सूचना प्रकाशन गर्नेछ।

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

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

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

(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, वित्तीय र मानव संसाधनको विवरण,  
 (ञ) दफा ५ को उपदफा (२) बमोजिम अन्य कागजातहरू ।

५. पुरस्कारको लागि सिफारिस गर्ने ; (१) दफा (४) बमोजिम पुरस्कारको लागि आवेदन दिएका केन्द्रहरूको 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 मूल्यांकन गरी अंकभार र सिफारिस भएको केन्द्रले पेश गरेको सक्कल कागजात समेत संलग्न राखि सिफारिस गर्नु पर्नेछ।

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	चौबिसै 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	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 बगैँचे	२	
२.६	उपचार तथा पुनर्स्थापना सञ्चालन सम्बन्धी विज्ञ	२	
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 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 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 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 अंकभार		१००	

६ पुरस्कारका लागि संस्था सिफारिस गर्ने: (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 ।

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 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 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 प्राप्ति		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 मूल्यांकन गर्दा दुई वा सो भन्दा बढी केन्द्रको समान अंक आएमा देहायका आधारमा मूल्यांकन गरी सबै भन्दा बढी अङ्क प्राप्त गर्ने उत्कृष्ट 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 केन्द्रहरूलाई 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. पुरस्कार प्रमाणपत्र: केन्द्रलाई दिइने पुरस्कार प्रमाणपत्र अनुसूची -४ बमोजिम हुनेछ।

#### परिच्छेद — ४

#### अनुगमन तथा प्रतिवेदन

८. जानकारी दिनुपर्ने: (१) दफा ६ बमोजिम पुरस्कारका लागि सिफारिश भएका केन्द्रको विवरण मन्त्रालयले सम्बन्धित केन्द्रलाई जानकारी दिनु पर्नेछ। छनौट र स्वीकृत भएको सूचना मन्त्रालयको वेब साइटमा राख्नु पर्नेछ।
९. भुक्तानी विधि: यस मापदण्ड बमोजिम उपलब्ध गराइने पुरस्कारको रकम एकमुष्ट बैंक मार्फत् भुक्तानी गरिनेछ।
१०. पुरस्कारको सदुपयोग गर्नुपर्ने: मन्त्रालयले प्रदान गरेको पुरस्कार रकम सम्बन्धित केन्द्रले आफ्नो खातामा आम्दानी बाँधी केन्द्रको उद्देश्य अनुसार समुचित उपयोग हुने गरी श्रेस्ता राखी अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ।

११. असूल उपर गरिने: (१) केन्द्रले यस मापदण्ड विपरित वा झुट्टा विवरण पेश गरी पुरस्कार प्राप्त गरेको प्रमाणित भएमा सरकारी बाँकी सरह असूल उपर गरिनेछ।
१२. सफाई पेश गर्ने मौका दिनुपर्ने: दफा ११ बमोजिम रकम असूल उपर गर्नुपर्दाको अवस्थामा सम्बन्धित केन्द्रलाई सफाई पेश गर्न मुनासिब माफिकको मौका दिनु पर्नेछ।
१३. प्रतिवेदन दिनु पर्ने: पुरस्कार प्राप्त गरेका केन्द्रले आफ्नो कार्यसम्पादनका सम्बन्धमा वार्षिक रूपमा मन्त्रालय र सम्बन्धित कार्यालयमा प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्नेछ।

#### परिच्छेद — ५

##### विविध

१४. बाधा अड्काउ फुकाउने: यस मापदण्डको कार्यान्वयन गर्दा कुनै बाधा अड्काउ परेमा मन्त्रालयले सो बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ।
१५. संसोधन वा खारेज गर्न सकिने: मन्त्रालयले यस मापदण्डलाई आवश्यकता अनुसार संसोधन वा खारेज गर्न सक्नेछ।



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 कागजातहरू संलग्न राखि पुरस्कारका लागि आवेदन पेश गरिएको व्यहोरा अनुरोध छ। लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूको लागि उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र संचालन निर्देशिका, २०७५ तथा लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूका लागि संचालित उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रलाई पुरस्कार वितरण सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८ का शर्त, बन्देजहरू पालना गर्न केन्द्र मञ्जुर रहेको व्यहोरा समेत अनुरोध छ।

भवदीय

संस्थाको छाप:

.....

अध्यक्ष/प्रमुख

नाम,थर:

केन्द्रको नाम, ठेगाना:

सम्पर्क नं.

संलग्न कागजातहरू:

- क) विधानको प्रतिलिपी
- ख) मन्त्रालयमा आबद्धताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- ग) मूल्य अभिवृद्धि कर/स्थायी लेखा नम्बर दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- 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	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन भएको भए मिति .....
गृह मन्त्रालय, लागू 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 नविकरण (जिल्ला प्रशासन कार्यालयमा दर्ता भएको संस्थाको हकमा)	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन भएको भए मिति .....
संस्थाको अधिल्लो आ.व.को वार्षिक लेखापरिक्षण 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 पुनर्स्थापना 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	

केन्द्रको अवस्थिति र भौतिक अवस्था :	उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रको अवस्थिति र भौतिक पूर्वाधार देहाय बमोजिम हुनु पर्ने छ ।		
अवस्थिति :			
केन्द्रले ओगटेको जम्मा क्षेत्रफल पर्याप्त	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	अन्य .....
स्वस्थ, शान्त वातावरण	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	अन्य .....
भवन प्रवेशको सहज मार्ग	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	अन्य .....
भैतिक संरचना :			
भवन तथा कम्पाउण्डको अवस्था	<input type="checkbox"/> कम्पाउण्ड वाल सहितको पक्की भवन <input type="checkbox"/> कम्पाउण्ड वाल सहितको कच्ची भवन (जस्तापाताको छाना भएको)		
तोकिएको सीमा बमोजिमको जग्गाको पर्याप्तता (काठमाण्डौ उपत्यकामा कम्तिमा १ रोपनी र अन्य स्थानमा ३ 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	
चौविसै घण्टा शुद्ध खानेपानीको उपलब्धता	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	
वगैचाको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	
आफ्नै संरचनामा तालिम सञ्चालनको छुट्टै हल	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	
उपचाररत व्यक्तिको संख्याको अनुपातमा भवन र सीट 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 सुत्ने ठाउँको सुव्यवस्था (खाट, पलङ्ग)	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	
स्वास्थ्य परीक्षण कोठा	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	अन्य .....
कार्यालय कोठा	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	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 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 <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
व्यवस्थापक वा संयोजकको व्यवस्था	नाम,थर ..... ठेगाना ..... योग्यता ..... 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 २ जना	१) नाम,थर ..... ठेगाना ..... योग्यता ..... २) नाम,थर ..... ठेगाना ..... योग्यता .....
उपचार तथा पुनर्स्थापना सञ्चालन सम्बन्धी विज्ञ	नाम,थर ..... ठेगाना ..... योग्यता ..... अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
नेपाल मेडिकल काउन्सिलबाट मान्यता प्राप्त चिकित्सक	नाम,थर ..... ठेगाना ..... NMC No. .... अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
प्रयोगकर्ताको नियमित चेकजाँच गर्न मान्यताप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी (अहेव/अनमी/वा अन्य)	नाम,थर ..... ठेगाना ..... Regd. No. .... तालिम गरेको संस्थाको नाम: ..... ..... अनुभव <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
मनोपरामर्शसम्बन्धी विषयमा मान्यताप्राप्त संस्थाबाट कम्तिमा ७ 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 अन्य .....
प्रशासन/ लेखा चुस्त दुरुस्त	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन अन्य .....
सामाजिक कार्यकर्ता र पुर्व लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूलाई प्राथमिकता	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन अन्य .....
चौविसै घण्टा पालो पहराको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> राम्रो <input type="checkbox"/> सुधार गर्नुपर्ने <input type="checkbox"/> नराम्रो
खानपान, सरसफाई तथा मनोरञ्जन	
चौविसै घण्टा विधुत आपूर्ति व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
टेलिभिजनको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
अस्पतालको सुलभता (वढीमा ३० मिनेट भित्र पहुँच/वढीमा १० कि.मि.दूरी भित्र)	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
खेलकुद सामग्रीको उपलब्धता/व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन अन्य .....
योगा/ध्यान कक्षको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन अन्य .....
पुस्तकालय व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन अन्य .....
छुट्टै भान्सा कोठाको व्यवस्था	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन अन्य .....



सुशासन र सेवा प्रवाह सम्बन्धी (विवरण पेश गर्नुपर्ने)	
केन्द्रको सीट 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 माथी
केन्द्र सञ्चालन पश्चात केन्द्रवाट 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 माथी
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..... 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	<input type="checkbox"/> महिलाको लागि मात्र <input type="checkbox"/> पुरुषको लागि मात्र <input type="checkbox"/> दुवैका लागि
सीपमुलक तालिम सञ्चालनको विवरण (कागजात समेत संलग्न 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 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	<input type="checkbox"/> स्वईच्छाले <input type="checkbox"/> पारिवारको सहमतीले <input type="checkbox"/> संस्थाको सहयोगले
चिकित्सकद्वारा नियमित परिक्षण	<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 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	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 प्रयोगकर्ताहरूको 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 ..... (अक्षरूपी ..... 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 उत्कृष्ट कार्यसम्पादनको अपेक्षा गरेको छ।

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

मिति: २०...../...../.....