|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **अनुसूची-२**  **स्वास्थ्य संस्थाको स्तरोन्‍नतिका लागि पूर्वाधार स्वीकृतिको आशय पत्र (लेटर अफ इन्टेन्ट) प्रदान गर्नका लागि**  **वस्तुगत मापदण्ड**  (दफा ३ सँग सम्बन्धित) | | | | | | | | | |
| **स्वास्थ्य संस्थाको नामः** | | | | | | | | | |
| **स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार:** जनरल अस्पताल/विशेषज्ञ अस्पताल/पोलिक्लिनिक/आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सालय वा  अन्य भए उल्लेख गर्नेः ……………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | |
| **हालको शय्या संख्या:** | | | **स्तरोन्‍नतिको लागि थप शय्या संख्या:** | | **जम्मा शय्या संख्या:** | | | | |
| **पोलिक्लिनिक र विशेषज्ञ क्लिनिकको हकमा उपलब्ध सेवा/विशेषज्ञ सेवाको संख्या:** ……………….  **उपलब्ध सेवा:** …………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | |
| **जिल्ला:** | | **स्थानीय तह:** | | **वडा न.:** | | | **टोल:** | | |
| **अनुगमन गरिएको मिति:** | | | | | | | | | |
| **क्र.स.** | **मापदण्ड** | | | | | **छ/छैन** | | **कैफियत** |
| १ | स्वास्थ्य संस्थाको व्यवसाय दर्ता भएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि | | | | |  | |  |
| २ | स्वास्थ्य संस्थाको प्रबन्धपत्र र नियमावलीको प्रतिलिपि | | | | |  | |  |
| ३ | स्वास्थ्य संस्थाको स्थायी लेखा नम्बर प्रमाणपत्र | | | | |  | |  |
| ४ | स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण भएको | | | | |  | |  |
| ५ | स्वास्थ्य सेवा सञ्‍चालन अनुमति पत्र | | | | |  | |  |
| ६ | हालको स्वास्थ्य सेवा सञ्‍चालनको नवीकरण भएको | | | | |  | |  |
| ७ | स्वास्थ्य संस्थाको कर चुक्ता (अघिल्लो आ.व. सम्मको) प्रमाणपत्र वा कर विवरण बुझाएको रसिद (नयाँको हकमा आवश्यक नहुने) | | | | |  | |  |
| ८ | स्वास्थ्य संस्थाको गुरु योजना (Master Plan) र कार्य योजना (Business Plan) | | | | |  | |  |
| ९ | प्रदेश स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ तथा प्रदेश स्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७६ बमोजिम जग्गाको मापदण्ड पूरा भएको | | | | |  | |  |
| 1० | स्वास्थ्य संस्था रहने भवनको नक्सा र नक्सा पास प्रमाणपत्र तथा जग्गा वा घर भाडा/लिजको हकमा सम्झौता पत्र | | | | |  | |  |
| ११ | प्रदेशको वातावरण संरक्षण ऐन, २०७७ बमोजिम संक्षिप्त वातावरणीय परीक्षण (BES) वा प्रारम्भिक वातावरणीय परीक्षण (IEE) वा वातावरणीय प्रभाव मूल्याङ्कन (EIA) को प्रतिवेदन स्वीकृत भएको | | | | |  | |  |
| १२ | स्वास्थ्य संस्थाको आयकर प्रमाणपत्र वेबसाइट वा सबैले देख्‍ने ठाउँमा राखेको | | | | |  | |  |
| 13 | स्वास्थ्य संस्थाको नागरिक बडापत्र (सेवा, प्रक्रिया, सुविधा र शुल्क सहितको विवरण) वेबसाइट र सबैले देख्‍ने ठाउँमा प्रदर्शनमा राखेको | | | | |  | |  |
| १४ | स्वास्थ्य संस्थाले प्रचलित कानूनमा तोकिए बमोजिम स्वास्थ्य औजार, मेशिन र उपकरण खरिद गरेको | | | | |  | |  |
| १५ | सरकारले तोकिएको ढाँचामा (DHIS/AHMIS अनुसार) मासिक रुपमा प्रतिवेदन प्रविष्ट गर्ने वा जनस्वास्थ्य कार्यालयमा बुझाउने गरेको | | | | |  | |  |
| १६ | जनस्वास्थ्य कार्यालय र सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिस पत्र | | | | |  | |  |
| १७ | गत आ.व. सम्मको लेखापरीक्षण प्रतिवेदन | | | | |  | |  |
| १८ | स्वमूल्याङ्कन फाराम भरी प्रतिवेदन पेश गरेको र दस्तुर तिरेको रसिद/निस्सा पेश गरिएको | | | | |  | |  |
| १९ | अस्पताल स्थापना हुने स्थानमा सडक यातायातको पहुँच भएको | | | | |  | |  |
| २० | बेवारिसे, अति गरिब, विपन्‍न, अपाङ्गता भएका विपन्‍न र असहाय बिरामीका लागि कुल शय्याको १०% शय्या छुट्याई उपलब्ध सेवा, औषधी तथा उपचार खर्च व्यहोर्ने गरेको | | | | |  | |  |
| २१ | स्वास्थ्य संस्था वा अस्पतालको कूल सञ्‍चालक समितिको सदस्य मध्ये कम्तिमा दुई तिहाई सदस्य नेपाली नागरिक भएको | | | | |  | |  |