**अनुसूची-३**

**स्वास्थ्य संस्थाको वैधानिक व्यवस्था सम्बन्धी मापदण्ड**

(दफा ४ सँग सम्बन्धित)

| **क. सामान्य विवरण** |
| --- |
| स्वास्थ्य संस्थाको नामः |
| स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार: जनरल अस्पताल/विशेषज्ञ अस्पताल/पोलिक्लिनिक/आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सालय वा अन्य भए उल्लेख गर्नेः ……………………………………………………………………………………………………………. |
| हालको शय्या संख्या:  |
| पोलिक्लिनिक र विशेषज्ञ क्लिनिकको हकमा उपलब्ध सेवा/विशेषज्ञ सेवाको संख्या: ……………….उपलब्ध सेवा: …………………………………………………………………………………………………………. |
| जिल्ला:  | स्थानीय तह:  | वडा नं.:  | टोल: |
| इमेल ठेगाना: | फोन: |
| स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम: | फोन/मोबाइल नं.: |
| इमेल ठेगाना:  |
| प्रशासनिक प्रमुखको नाम:  | फोन/मोबाइल नं.: |
| इमेल ठेगाना:  |
| अनुमति प्राप्त मितिःअनुमति दिने निकायःअनुमति कायम रहने मिति: | पछिल्लो नवीकरण मिति:नवीकरण गर्ने निकाय: नवीकरण कायम रहने मिति: |
| स्तरोन्‍नति भएको मिति:स्तरोन्‍नति गर्ने निकाय: |
| उद्देश्य: | 1. आशयपत्र

निवेदन पेश गरेको मिति/निकाय:1. सञ्‍चालन अनुमति
2. नवीकरण
3. स्तरोन्‍नति
4. सेवा विस्तार
5. शाखा विस्तार
6. स्थानान्तरण
7. अन्य………….(उल्लेख गर्ने)
 |
| **ख. स्वास्थ्य संस्थाको वैधानिक व्यवस्था सम्बन्धी मापदण्ड** |
| **क्र.स.** | **मापदण्डहरु** | **छ/छैन** | **कैफियत** |
|  | स्वास्थ्य संस्था दर्ता भएको प्रमाणपत्र  |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्थाको स्थायी लेखा नम्बर प्रमाणपत्र |  |  |
|  | स्थायी लेखा/आयकर प्रमाणपत्र सबैले देख्‍ने ठाउँमा राखिएको |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्थाको प्रबन्धपत्र/विधान/नियमावलीको प्रतिलिपि |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण भएको (नयाँको हकमा आवश्यक नपर्ने) |  |  |
|  | स्वास्थ्य सेवा सञ्‍चालन अनुमति पत्र (नयाँ सञ्‍चालन अनुमतिको हकमा आशय पत्रको प्रमाणपत्र) |  |  |
|  | अघिल्लो आ.व. सम्मको स्वास्थ्य संस्थाको कर चुक्ता प्रमाणपत्र (नयाँको हकमा आवश्यक नपर्ने)  |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्थाको नागरिक बडापत्र (सेवा, प्रक्रिया, सुविधा र शुल्क सहितको विवरण) वेबसाइट र सबैले देख्‍ने ठाउँमा प्रदर्शनमा राखेको |  |  |
|  | प्रदेश वातावरण संरक्षण ऐन २०७७ बमोजिम संक्षिप्त वातावरणीय परीक्षण (BES) वा प्रारम्भिक वातावरणीय परीक्षण (IEE) वा वातावरणीय प्रभाव मूल्याङ्कन (EIA) को स्वीकृति पत्र  |  |  |
|  | सरकारले तोकिएको ढाँचामा (HMIS /AHMIS अनुसार) मासिक रुपमा प्रतिवेदन प्रविष्ट गर्ने/बुझाउने गरेको (नयाँको हकमा आवश्यक नपर्ने) |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्था भवनको निर्माण सम्पन्‍न प्रमाणपत्र (आशयपत्रको हकमा आवश्यक नपर्ने) |  |  |
|  | गत आ.व. को वार्षिक लेखा परीक्षण प्रतिवेदन (नयाँको हकमा आवश्यक नपर्ने)  |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्थाको कार्य योजना (Business Plan)  |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्थाको आफ्नै वेवसाइट (अद्यावधिक गरिएको) भएको |  |  |
|  | सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिस पत्र  |  |  |
|  | सम्बन्धित जनस्वास्थ्य कार्यालयको सिफारिस पत्र  |  |  |
|  | बेवारिसे, अति गरिब, विपन्‍न, अपाङ्गता भएका विपन्‍न र असहाय बिरामीका लागि कूल शय्याको १०% शय्या छुट्याई उपलब्ध सेवा, औषधी तथा उपचार खर्च व्यहोर्ने गरेको प्रमाण/निस्सा(नयाँको हकमा आवश्यक नपर्ने) |  |  |
|  | स्वास्थ्य संस्था वा अस्पतालको कूल सञ्‍चालक समितिको सदस्य मध्ये कम्तिमा दुई तिहाई सदस्य नेपाली नागरिक भएको |  |  |