



गण्डकी प्रदेश सरकार
सामाजिक विकास तथा स्वास्थ्य मन्त्रालय
सामाजिक विकास कार्यालय
स्याङ्जा

सुचना !! सुचना !! सुचना !!

(प्रथम पटक प्रकाशित मिति २०८०/०७/२४)

सामाजिक विकास कार्यालयबाट चालु आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि समुदायमा आधारित पुनर्स्थापना कार्यक्रम (CBR) संचालन गर्न इच्छुक स्थानीय तहमा अपाङ्गता भएका व्यक्तिको क्षेत्रमा कार्यरत तथा गत आर्थिक वर्षमा सामाजिक विकास कार्यालयबाट CBR कार्यक्रम संचालनको लागि छनौटमा नपरेका संस्थाहरूबाट “महिला बालबालिका र समाज कल्याण सम्बन्धी मापदण्ड २०८०” को अनुसुची १८ बमोजिमको ढाँचामा प्रस्ताव फाराम भरी निम्न कागजातहरू सहित मिति २०८०/०८/१४ सम्म यस कार्यालयमा प्रस्ताव सहितको फाइल पेश गर्न सम्बन्धित सरोकारवाला हरुको लागि यो सुचना प्रकाशित गरिएको छ । अनुसुची १८ बमोजिमको प्रस्तावको ढाँचा कार्यालयको वेबसाइट (sdosyangja.gandaki.gov.np) बाट डाउनलोड गरी प्राप्त गर्न सक्नुहुनेछ ।

निवेदकले पेश गर्नु पर्ने कागजात तथा शर्तहरू :

१. रीतपूर्वक भरिएको कार्यक्रम प्रस्ताव ।
२. सम्बन्धित स्थानीय तहमा रहेका लक्षित अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संख्या ।
३. सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिस पत्र ।
४. कार्यक्रम संचालनको अनुमानित रकम समेतको विस्तृत विवरण ।
५. संस्था दर्ताको प्रमाणित प्रतिलिपि ।
६. संस्थाको विधान, नविकारण, लेखापरिक्षण सम्बन्धी कागजातहरू ।
७. राष्ट्रिय अपाङ्ग महासंघ गण्डकी प्रदेशमा आवद्धताको प्रतिलिपि ।
८. भौतिक पूर्वाधारको अवस्था ।
९. संस्थामा जनशक्तिको अवस्था ।
१०. संस्थाको कार्यक्षेत्रकार्यावधि/कार्यानुभव ।
११. संस्थाबाट प्रदान गर्दै आएका सेवाहरूको विवरण ।
१२. कार्यक्रम संचालनको कार्ययोजना ।

अनुसूची-१८: अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि समुदायमा आधारित पुनर्स्थापना कार्यक्रम संचालनका लागि इच्छुक संस्थाले पेश गर्ने प्रस्तावको ढाँचा

श्रीमान् प्रमुखज्यू,

सामाजिक विकास कार्यालय,

१. संस्थाको विवरण:

(क) संक्षिप्त पृष्ठभूमि:.....

(ख) नाम:.....

(ग) ठेगाना: जिल्ला: न.पा./गा.पा.: वडा नं.

टोल:

सम्पर्क नं. : इमेल:

(घ) दर्ता मिति:

(ङ) संस्था संचालक अध्यक्षको नाम:

सम्पर्क नं. :

(च) संस्थाको भौतिक पूर्वाधारको अवस्था (समुदायमा आधारित पुनर्स्थापना कार्यक्रम संचालनको लागि संस्थाको आफ्नै भवन भएको/भाडाको घरमा संचालन भएको/अन्य कुनै विकल्पद्वारा व्यवस्था भै संचालन भएको):

(छ) संस्थाबाट प्रदान आएका सेवाहरू:

(ज) संस्थाको सिविएआर कार्यक्रम सम्बन्धी कार्यानुभव:

(झ) अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको लागि समुदायमा आधारित पुनर्स्थापना कार्यमा हालको संलग्न रहेका जनशक्तिको अवस्था:

(ञ) संस्थाबाट हालसम्म पुनर्स्थापना/ उद्धार गरिएका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संख्या: (सम्भव भए नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्ने):

(ट) संस्थाबाट पुनर्स्थापना गरिएका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई संस्था मार्फत सिर्जना भएको रोजगारी/स्वरोजगारी विवरण (रोजगारी/स्वरोजगारी प्राप्त व्यक्तिको नाम र पेशा रोजगारी समेत उल्लेख गर्ने):

२. कार्यक्रमको संक्षिप्त विवरण:

(क) कार्यक्रमको पृष्ठभूमि:.....

(ख) कार्यक्रमको नाम:

- (ग) कार्यक्रमको औचित्य:
- (घ) कार्यक्रमको उद्देश्य:
- (ङ) संचालन गरिने मुख्य मुख्य कार्यक्रमको विवरण:
- (च) लागत अनुमान विवरण:
- जम्मा लागत रकम: रु. (अक्षरमा:))
 - संस्थाको तर्फबाट: रु. (अक्षरमा:))
 - कार्यालयमा माग गरेको रकम: रु. (अक्षरमा:))
 - अन्य स्रोतबाट: रु. (अक्षरमा:))
- (छ) कार्यक्रम सम्पन्न हुन लाग्ने अवधी:
- (ज) आशातित उपलब्धीहरु:

३. गत वर्षको प्रगति संक्षिप्त व्यहोरा समेत

४. संस्थाको आन्तरिक आम्दानी विवरण: वार्षिक रु.५ लाखसम्म हुने /रु.५ लाख भन्दा बढी हुने

प्रस्ताव पेश गर्ने संस्थाको तर्फबाट

नाम:

हस्ताक्षर:

पद: अध्यक्ष

मिति:

संस्थाको छाप: