विहादी गाउँपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्ड ७	संख्या १	मिति २०८०।०१।०५

भाग २

विहादी गाउँपालिका
गण्डकी प्रदेश, नेपाल

संवत २०८० सालको कार्यविधि संख्या १

विहादी गाउँपालिकाको स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम कार्यविधि, २०८०

नेपालको संविधानले आधारभुत स्वास्थ सेवालाई मौलिक हकको रुपमा स्थापित गरेको, राष्ट्रिय स्वास्थ बिमा नितिले पनि गुणस्तरिय स्वास्थ सेवाको पहुच र उपयोगमा सुधार गरि स्वास्थ बिमाबाट सबैका लागि स्वास्थ सेवा सुनिश्चित गर्ने अवधारणा सहित विहादी गाउँपालिका गाउँ कार्यपालिकाले स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ को दफा ११ को उपदफा २(ण) अन्तर्गत अधिकार प्रयोग गरी यो विहादी गाउँपालिकाको स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम कार्यविधि, २०८० बनाएको छ ।

विहादी गाउँपालिका

विहादी गाउँपालिकाको स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम कार्यविधि, २०८०

नेपालको संविधानले आधारभुत स्वास्थ सेवालाई मौलिक हकको रुपमा स्थापित गरेको, राष्ट्रिय स्वास्थ बिमा नितिले पनि गुणस्तरिय स्वास्थ सेवाको पहुच र उपयोगमा सुधार गरि स्वास्थ बिमाबाट सबैका लागि स्वास्थ सेवा सुनिश्चित गर्ने अवधारणा अधि सारेको छ, यसै मर्मलाई आत्मसाथ गर्न बाञ्छनीय भएकोले यो कार्यविधि जारी गरि लागु गरेको छ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भः
   (१) यस कार्यविधिको नामः विहादी गाउँपालिकाको स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम कार्यविधि, २०८० रहेको छ।
   (२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषाः विषय र प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,
   (१) ''गाउँपालिका" भन्नाले विहादी गाउँपालिका सम्झनुपर्छ।
   (२) "अध्यक्ष" भन्नाले विहादी गाउँपालिकाको अध्यक्षलाई सम्झनुपर्छ।
   (३) "उपाध्यक्ष" भन्नाले विहादी गाउँपालिकाको पालिका उपाध्यक्षलाई सम्झनुपर्छ।
   (४) "प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत" भन्नाले विहादी गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत लाई सम्झनुपर्छ।
   (५) "वडा अध्यक्ष" भन्नाले विहादी गाउँपालिका भित्रका सम्बन्धित वडाका वडा अध्यक्षलाई सम्झनुपर्छ।
   (६) "कार्यपालिका सदस्य" भन्नाले विहादी गउँपालिकाका कार्यपालिका सदस्यहरुलाई सम्झनु पर्दछ ।
   (७) "सदस्य" भन्नाले ६ वटै वडाका खुला महिला, दलित महिला, खुला सदस्यबाट निर्वाचित सदस्यहरुलाई सम्झनु पर्दछ ।
   (८) "वडा सचि"व भन्नाले विहादी गाउँपालिका भित्रका सम्बन्धित वडाका वडा सचिव लाई सम्झनुपर्छ।
   (९) "कार्यालय" भन्नाले विहादी गाउँपालिका गाउँकार्यपालिकाको कार्यलयलाई सम्झनुपर्छ।
   (१०) "वडा कार्यालय" भन्नाले विहादी गाउँपालिका भित्रका वडा कार्यालयहरुलाई सम्झनुपर्छ।

३. स्वास्थ बिमा सहयोग कार्यक्रमः
   (क) विहादी गाउँपालिका क्षेत्रभित्र स्थायी बसोवास गर्ने कमजोर आर्थिक अवस्थाका कारण स्वास्थ सेवा लिनबाट बञ्चित भएका नागरिकहरुको स्वास्थ उपचार गराउने उद्देश्यले त्यस्ता अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत,विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न परिवारलाई लक्षित गरी विहादी गाउँकार्यपालिकाबाट स्वास्थ बिमा कार्यक्रम कार्यविधि, २०८० स्विकृत गरी स्वास्थ बिमा सहयोग कार्यक्रम सञ्चालन गरिनेछ।
   (ख) स्वास्थ्य विमा कार्यक्रमबाट अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत, विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न समुदायका व्याक्ति/परिवार लाभान्वित हुनेछन् ।
   (ग) कार्यपालिकाबाट कार्यविधि स्विकृत भएपछि चालु आ.व. २०७९।०८० मा विहादी गाउँपालिका वडा नं. ३ मा लागु गरिने छ ।
   (घ) आर्थिक वर्ष २०८०।०८१ देखि क्रमश : विहादी गाउँपालिका भित्रका सवै वडाहरुमा लागु गरिने छ ।

४. स्वास्थ बिमा लाभग्राही हुनको लागि आवश्यक पर्ने योग्यताः
   दफा ३ (क) बमोजिम सहयोग प्राप्त गर्न देहाय बमोजिमको योग्यता अनिवार्य हुनेछः
   (क) नेपाली नागरिक हुनु पर्ने
   (ख) विहादी गाउँपालिका भित्र स्थायी बसोबास गरेको हुनुपर्ने
   (ग) अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत,विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न परिवारको हुनुपर्ने छ ।
   (घ) नियमित रुपमा औषधि सेवन गरेका दिर्घ रोगीहरुलाई समेत यो कार्यक्रममा समावेश गरिने छ ।

(ङ) अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत भन्नाले नेपाल सरकारले प्रकाशित गरेको राजपत्रमा अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत जातीय अनुसुचीमा परेको हुनुपर्ने।

(च) विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न परिवारको भन्नाले विहादी गाउँपालिका भित्र रहेका आर्थिक सामाजिक रुपले पिछडिएका वर्ग वा समुदायका व्यक्तिलाई सम्झनुपर्छ।

५. स्वास्थ बिमा लाभग्राही छनौटका लागि निम्नानुसारका प्रकृयाहरु पुरा गर्नुपर्नेछः

(क) वडा कार्यालय वा गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयबाट कम्तीमा १५ (पन्ध्र) दिनको समय दिई निवेदन मागको सूचना प्रकाशित गर्ने ।

(ख) योग्यता पुगेको इच्छुक व्याक्तिले बिमाको लागि अनुसुची-१ बमोजिम आवेदन रीतपूर्वक भरी आफ्नो स्थायी ठेगाना खुलेको वडा कार्यालयमा गई बुझाउनुपर्नेछ।

(ग) अनुसुची -१ बमोजिम आवेदन फाराम वडा कार्यालयबाट निःशुल्क उपलब्ध हुनेछ।

(घ) आवेदनका साथमा दफा ४(क), (ख) र (ग) को पुष्टयाई हुने कागजातहरु,आवेदकको एक प्रति पासपोर्ट साइजको फोटो र नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी अनिवार्य रुपमा पेश गर्नुपर्नेछ।

६. वडा स्तरीय स्वास्थ बिमा लाभग्राही छनौट समितिको गठनः

वडा स्तरिय स्वास्थ बिमा लाभग्राहीको छनौट गर्न देहाय अनुसारको ७ (सात) सदस्यीय समिति गठन हुनेछ।

सम्बन्धित वडाको वडा अध्यक्ष - संयोजक
सम्बन्धित वडाको दलित महिला सदस्य - सदस्य
सम्वन्धित वडाको वडा अध्यक्षले तोकेको एक जना वडा सदस्य - सदस्य
सम्बन्धित वाडाको स्वास्थ्य संस्थाको प्रमुख वा प्रतिनिधि एक जना – सदस्य
सम्बन्धित वडामा रहेका विद्यालयबाट वडा अध्यक्षले तोकेको एक जना प्रधानाध्यापक – सदस्य
सम्वन्धित वडामा रहेका लक्षित वर्ग सम्बन्धि कार्य गरेको वडा अध्यक्षले तोकेको एक जना -सदस्य
सम्बन्धित वडाको वडा सचिव - सदस्य सचिव

तर, बिमा लाभग्राहीको छनौट प्रयोजनका लागि समितिले थप परामर्शको आवश्यकता महसूस गरेमा सम्बन्धित कुनै व्याक्तिलाई छनौट समितिको बैठकमा आमन्त्रण गर्न सक्नेछ ।

७. वडा स्तरिय बिमा लाभग्राही छनौट समितिको काम,कर्तव्य तथा अधिकारः

(क) वडा कार्यालयबाट कम्तिमा १५ (पन्ध्र) दिनको समय दिई निवेदन मागको सूचना प्रकाशित गर्ने ।

(ख) वडा भित्र संकलन भएका बिमा आवेदनहरु रितपुर्वक भए नभएको जाचँ गर्ने ।

(ग) दफा ४ बमोजिम सर्त पूरा नगरेका अयोग्य आवेदनहरु सम्बन्धित आवेदकलाई कारण जनाई फिर्ता गर्ने ।

(घ) अनुसूची २ बमोजिम प्रत्येक लाभान्वित वर्गलाई अति विपन्न, विपन्न र सामान्य गरि ३/३ समुहमा वर्गिकरण गरि अन्तिम छनौटको प्रकृया अगाडी बढाउने ।

(ङ) योग्यता पुगेका आवेदनहरुलाई दर्ता गरिएको मितिको आधारमा क्रम मिलाएर अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत, विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न परिवारको छूट्टाछूट्टै अभिलेख राख्ने ।

(च) छनौट भएका लाभग्राहीहरुको नामावली प्रकाशन गरि सम्बन्धित लाभग्राहीलाई सम्झौता गर्न जानकारी गराउने ।

(छ) दर्ता सहयोगी कर्मचारी मार्फत बिमा प्रकृया प्रारम्भ गर्ने आवश्यक प्रबन्ध मिलाउने ।

(ज) वर्गिकरण तथा छनौटको नतिजा उपयुक्त समयमा बाहेक गोप्य राख्ने।

८. स्वास्थ्य बिमा लाभग्राहीहरुको नामावली प्रकाशनः

(क) दफा ७ बमोजिम स्वीकृत स्वास्थ्य बिमा लाभग्राहीहरु तथा बैकल्पिक लाभग्राहीहरुको नामावली प्रकाशन गर्ने जिम्मेवारी सम्बन्धित वडा कार्यालयको हुनेछ। सो नामावली एक प्रति विहादी गाउँ

कार्यपालिकाको सुचना पाटी तथा अर्को प्रति सम्बन्धित वडा कार्यालयको सूचना पाटीमा टासँ गर्नुपर्नेछ।

(ख) तोकिएको समयभित्र कुनै बिमा लाभग्राहीले सूचना प्राप्त गरेर पनी सम्झौता गर्न नआएमा सम्बन्धित वडा कार्यालयले वैकल्पिक बिमा लाभग्राहीको सुचीबाट प्राथमिकताक्रम अनुसार आउने नामलाई लाभग्राहीमा समावेश गरि विमाको लागि प्रकृया अगाडी बढाउनुपर्नेछ ।

९. सम्झौताः
वडा कार्यालय र छनौट भएका बिमा लाभग्राहीहरु बिच सम्झौता गर्नुपर्नेछ। सम्झौतापत्र अनुसूची-३ बमोजिम हुनेछ।

१०. समय सीमाः समय सीमा अनुसूची-४ बमोजिम हुनेछ।

११. स्वास्थ बिमा प्रारम्भ, बिधि तथा प्रकृयाः दफा ९ बमोजिम सम्झौता पत्रमा हस्ताक्षर गरेपछी मात्र निजलाई स्वास्थ बिमा कार्यक्रम अन्तर्गत बीमीत हुनको लागि योग्य भएको मानिनेछ र तत्पश्यात स्वास्थ बिमा प्रकृया प्रारम्भ हुनेछ। वडामा खटिने दर्ता सहयोगीले सो बीमितलाई स्वास्थ बिमाको सहजीकरण गर्नेछन्।

१२. विविधः

(क) यो कार्यविधी लागु हुनु अगावै दफा ४ बमोजिम योग्यता पुगेका कुनै व्याक्ति वा परिवारले स्वास्थ बिमा गरिसकेको रहेछ भने निजको बीमा रकम सोधभर्ना गर्ने वा पुन दोहोरो बीमा गरिनेछैन।

(ख) छनौट भएका स्वास्थ बिमा लाभग्राहीको परिवारमा ५ जना भन्दा बढी सद्स्य भएमा घरमुलीको रोजाइ अनुसारका ५ सदस्यको मात्र बिमा गरिनेछ।

(ग) यस कार्यविधिमा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनी गाउँपालिका वा वडा कार्यालयले स्विकृत गरेको बजेटले तोकिएको लक्षित वर्गलाई यो कार्यक्रमबाट समेटेपछी पनी बजेट बचत हुन गएमा निश्चित आधार तय गरेर लक्षित वर्गको दायरा बिस्तार गरी कार्यक्रम सञ्चालन गर्न सकिनेछ।

(घ) यो स्वास्थ बिमा सहयोग कार्यक्रमका कुनै सम्भावित लाभग्राहीको नाम छूट हुन गएको ,दोहोरो परेको वा कुनै कारणले नाम समावेश हुन नसकेको सम्बन्धमा गुनासो भएमा त्यसको सुनुवाई सम्बन्धित वडा अध्यक्षबाट हुनेछ।

(ङ) गाउँ कार्यपालिकाद्वारा यस कार्यविधिका दफाहरुलाई संसोधन वा थपघट गर्न सकिनेछ।

विहादी गाउँपालिका

अनुसूची – १
(कार्यविधीको दफा ५ सँग सम्बन्धित)
बिमा लाभग्रही आवेदन फारम

श्रीमान् वडा अध्यक्षज्यू,
वडा नं. -------------
विहादी गाउँपालिका ,पर्वत।

विषयः- स्वास्थ बिमा कार्यक्रम सम्बन्धमा ।

गाउँकार्यपालिकाको कार्यलयले सञ्चालन गर्न लागेको स्वास्थ बिमा कार्यक्रम मार्फत बिमा लाभग्राही हुनको लागी आफुलाई योग्य ठानी यो आवेदन पेस गरेको छु। आवश्यक पर्ने कागजात प्रमाणहरु यसैसाथ सैलग्न छन् र यसमा लेखिएको विवरण सही सत्य छन् , झुट्टा ठहरेमा कानुनबमोजिम सहुलाँ बुझाउँला।

आवेदकको
नामथरः
उमेरः
स्थायी ठेगानाः
टोलः
वडा नं.:
बिमित हुन ईच्छुक आवेदकको परिवारका सदस्यहरुको नामावली (बढिमा ५ जना)

सि.न	बिमा सेवाग्राहिको पुरा नामथर	उमेर	आवेदक सँगको नाता
१			
२			
३			
४			
५			

आवेदकको नाम थरः

ठेगानाः

संलग्न कागजातः

(१) आवेदकको नागरिकता प्रमाणपत्रको फोटोकपी
(२) स्थायी ठेगाना खुल्ने कागजात(नागरिकतामा उल्लेखित स्थायी ठेगाना हालको भन्दा फरक भएमा)
(३) अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत ,विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न समुदायको प्रमाण खुल्ने कागजात

विहादी गाउँपालिका

अनुसूची – २
(कार्यविधिको दफा ७ संग सम्बन्धित)

अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत, विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न समुदायको वर्गिकरणका सुचकहरु

आवेदकको नामथरः

वडा नं.

सुचक	**अंक १**	**अक २**	**अंक ३**	**नतिजा**
आवास (घर)	पक्कि घर	अर्धपक्कि जस्ताको छाना र ईटाको गारो भएको	कच्ची घर वा घर नभएर डेरामा बसेको	
जग्गा	खेत बारी दुवै भएको	बारी मात्र भएको	खेतबारी दुवै नभएको	
रोजगारी	मासिक तलब पाउने नोकरी भएको वा स्वरोजगार	ज्यालादारी काम गर्ने वा रोजगारीको सुनिश्चितता नभएको वा सामान्य निर्वाहमुखी व्यवसाय गरेको	बेरोजगारी वा आशिक ज्यालादारी वा मुस्किलले गुजरा चालईरहेको	
शिक्षा (केटाकेटी)	निजी बिद्यालयमा पढ्दै	सरकारी विद्यालयमा पढ्दै	गरीविका कारण बिचैमा पढाई छुटेका	
खानेपानी	घरमै व्यवस्थित रुपमा आर्पुर्ती भैरहेको	सार्वजनिक धारा वा सामुदायिक धारा वा आशिक व्यवस्थापन	खानेपानी समस्याले ग्रस्त	
स्वास्थोपचार	प्रायः निजी क्लिनिक वा अस्पतालमा जाने	प्रायः सरकारी स्वास्थ केन्द्रमा धाउने	गरिविका कारण कहिलेकाही उपचार गर्न नसकिएको	
शौचालय	निजी व्यवस्थित शौचालय भएको	सामान्य व्यवस्थापनमा चलेको खाल्टे चर्पी भएको	खुला ठाँउलाई शौचालउको रुपमा प्रयोग गर्ने गरेको	
परिवार संख्या	५ जना सम्म	६ देखी ९ जना सम्म	१० भन्दा माथि	
बसोवास	बजार क्षेत्र	गाउँमा	पिछडिएको गाउँमा	
घरमुली	रोजगार पुरुष भएको	बेरोजागर पुरुष वा रोजगार महिला	बेरोजगार महिला भएको	
परिवारका सदस्यको स्थिति	स्वास्थ	अति अशक्त अपाङ्ग	पूर्ण अपाङ्ग	
कुल प्राप्ताङ्क				

अति सिमान्तकृत, सिमान्तकृत, विपन्न दलित, अपाङ्ग तथा विपन्न परिवारको वर्गिकरणका आधारहरु

१. अति विपन्न समुहमा पर्नको लागि प्राप्ताङ्क (२५ वा सो भन्दा बढी) हुनुपर्ने
२. विपन्न समुहमा पर्नको लागि प्राप्ताङ्क (१५ देखी २४ सम्म) हुनुपर्ने
३. सामान्य समुहमा पर्न प्राप्ताङ्क (१४ वा सो भन्दा कम) हुनुपर्ने

मुल्याङ्कनकर्ताको सहीः

मितिः

अनुसूची – ३

(कार्यविधिको दफा ९ सँग सम्बन्धित)

विहादी गाउँपालिका .... नं. वडा कार्यालय र स्वास्थ बिमा लाभग्राही बीचको

सम्झौता पत्र

विहादी गाउँपालिका .... नं. वडा कार्यालय ....(यस पछि पहिलो पक्ष भनिने) र विहादी गाउँपालिका वडा नं. ..... टोल/गाँउ.. बस्ने श्री .... को वर्ष ....को छोरा/छोरी/ श्री .... को श्रीमती श्री... (यस पछी दोस्रो पक्ष) भनिने बीच देहायका सर्तको आधीनमा रहे सम्झोता गर्ने मन्जुर भएकोले यस सम्झौतामा सही छँप गरी लियौँ दियौँ।

सर्तहरुः

१. स्वास्थ बिमा कार्यक्रम भन्नाले नेपाल सरकारले सञ्चालनमा ल्याएको बिमा कार्यक्रम मात्र बुझ्नुपर्नेछ।
२. दोस्रो पक्षले अन्य निजी बिमा कम्पनीसँग स्वास्थ बिमाका लागि गरेको सम्झौताको बिमा रकम भुक्तानीको लागि पहिलो पक्ष बाध्य हुनेछैन।
३. दोस्रो पक्षले भरेको अनुसुची-१ मा उल्लेखित सदस्यहरुको हकमा मात्र यो सम्झौता लागु हुनेछ।
४. सम्झौता स्विकृत भए पछी पहिलो पक्षले दोस्रो पक्षको नाममा स्वास्थ बिमाको लागि एक अबधिको लागि मात्र बिमा रकम (प्रिमियम) बापत रु ३५००।– (तिन हजार पाँस सय) भुक्तानी गर्नेछ।
५. सर्त नं. ४ मा उल्लेखित बिमा रकममा कुनै छुटको व्यवस्था भए सो रकमको दाबी दोस्रो पक्षले गर्न पाउनेछैन।
६. दोस्रो पक्षले यो सम्झौताको अबधि समाप्त भए पश्चात पहिलो पक्षबाट सहयोग प्राप्त भए पनी वा नभएपनी बिमालाई निरन्तरता दिईरहनुपर्नेछ।
७. दर्ता सहयोगी मार्फत स्वास्थ बिमा कार्यक्रमका बारेमा दिइएका सबै निर्देशनहरुको पालना गर्नु दोस्रो पक्षको कर्तव्य हुनेछ।
८. पहिलो पक्ष वा पहिलो पक्षमार्फत आउने व्याक्ति वा संस्थाले दोस्रो पक्षले उपभोग गरिरहेको बिमाको बारेमा सोधपुछ वा प्रतिकृया लिन आउदा दोस्रो पक्षले त्यस्तो कार्यमा अनिवार्य रुपमा सहयोग पुर्याउनुपर्नेछ।
९. नेपाल सरकारद्वारा संचालित स्वास्थ बिमाको महत्वको बारेमा दोस्रो पक्षले आफ्ना आफन्तत र छरछिमेमलाई पनी जानकारी दिनुपर्नेछ।
१०. आवश्यकता अनुसार सम्झौताका सर्तहरु आपसी सहमतिमा थपघट हुन सक्नेछन्।

<u>पहिलो पक्षको तर्फबाटः</u>

दस्ताखतः

नामः

पदः

मितिः

<u>दोस्रो पक्षको तर्फबाटः</u>

दस्ताखतः

नामः

पदः

मितिः

<u>रोहवर</u>

दस्ताखतः

नामः

पदः

मितिः

विहादी गाउँपालिका

अनुसूची – ४

(कार्यविधिको दफा १० सँग सम्बन्धित)

समय तालिका

क्र.स	क्रियाकलाप	कार्यविधि	समयाविधि	जिम्मेवारी
		सुचना प्रशारण गर्ने	उपयूक्त समयमा	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		आवेदन फारम वितरण गर्ने र आवेदन संकलन गर्ने	सूचना प्रकाशन भएको मितिले तेस्रो र चौथो हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		आवेदन फारम वितरण बन्द गर्ने	सूचना प्रकाशन भएको मितिले चौथो हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		विपन्नता वर्गिकरण गर्ने	सूचना प्रकाशन भएको मितिले पाचौँ हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		छनौट समितिले छनौट गर्ने	सूचना प्रकाशन भएको मितिले पाचौँ हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		कार्यपालिकाबाट स्विकृत नामावली प्रकाशन गर्ने	सातौँ हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		वडा कार्यालयमा नामावली प्रकाशित गर्ने	सातौँ हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		सम्बन्धित बिमा लाभग्राहीलाई सुचना दिने	आठौँ हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		सम्झौता गर्ने	नवौ हप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		दर्ता सहयोगी संग सम्पर्क र बिमा प्रकृया प्रारम्भ	नवौँ दप्ता	सम्बन्धित वडा कार्यालय
		नियमित अनुगमन	निरन्तर	सम्बन्धित वडा कार्यालय

बिहादी गाउँपालिका

आज्ञाले

चूर्ण बहादुर कार्की

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत