शुक्लाफाँटा नगरपालिका

स्थानीय राजपत्र

खण्डः ८ संख्याः ८ मितिः २०८१/०९/०७

भाग — २

शुक्लाफाँटा नगरपालिका

शुक्लाफाँटा नगरपालिका नगर प्रमुख सँग जेष्ठ नागरिक कार्यक्रम संचालन निर्देशिका, २०८१

कार्यपालिकाबाट स्वीकृत मितिः २०८१/०९/०४

प्रस्तावनाः

शुक्लाफाँटा नगरपालिका भित्र स्वास्थ्य सेवा बाट कुनै पनि दीर्घरोगी जुनसुकै उमेरका र ७० (सत्तरी बर्ष) उमेर पुरा गरेका ज्येष्ठ नागरिकलाई घरमै स्वास्थ्य सेवाको पहुँच पुऱ्याई ज्येष्ठ नागरिक हरुको जीवनलाई सुखी र खुसी सहित तनाव मुक्त बनाउने तथा थप उपचारको आवश्यकता देखिएका ज्येष्ठ नागरिक हरुलाई सुबिधा सम्पन्न सेवा केन्द्रमा प्रेषण गर्ने र नियमित फँलोअप का लागि सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा परामर्श तथा राय प्रदान गर्ने कार्यलाई थप व्यवस्थित, पारदर्शी तथा प्रभावकारी बनाउदै (मेरो स्वास्थ्य मेरो जिम्मेबारी) भन्ने कुरालाई हरेक नागरिकको बुझाईमा स्पष्टा ल्याउनको लागी नगरप्रमुख सँग ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रम संचालन निर्देशिका २०८१ शुक्लाफाँटा नगरपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्न) ऐन ऐन,२०७४ को दफा ४ को अधिकार प्रयोग गरी यो कार्यबिधि लागू गरिएको छ।

१.संक्षिप्त नाम र प्रारम्भः-

(क) यो निर्देशिकाको नाम **"नगर प्रमुख सँग ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रम संचालन निर्देशिका, २०८१"** रहने छ।

(ख) यो निर्देशिका शुक्लाफाँटा नगरपालिका, नगरकार्यपालिका बाट स्वीकृत भएको मिती बाट लागु हुने छ।

२.परिभाषाः- विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस निर्देशिकामा,

(क) **"निर्देशिका"** भन्नाले शुक्लाफाँटा नगरपालिकाबाट प्रदान गरिने नगरप्रमुख सँग ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रम संचालन निर्देशिका, २०८१ लाई सम्झनु पर्दछ।

(ख) **"ज्येष्ठ| नागरिक"** भन्नाले ७० बर्ष उमेर पुरा गरेका नेपाली नागरिकलाई सम्झनु पर्दछ।

(ख) **"दिर्घरोगी"** भन्नाले जुनसुकै उमेर समुह भए पनि लामो समय औषधी सेवन गरेको नागरिक सम्झनु पर्दछ।

(ग) **"सरकारी स्वास्थ्य संस्था"** सरकारी स्वास्थ्य संस्था भन्नाले शुक्लाफाँटा नगरपालिका भित्र संचालित सरकारी स्वास्थ्य संस्थालाई सम्झनु पर्दछ।

(घ) **"स्वास्थ्यकर्मी"** भन्नाले प्रचलित कानुन बमोजिम स्वास्थ्यकर्मिको रुपमा संबन्धित परिषदमा दर्ता भई सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत रहि तोके बमोजिमको तालिम प्राप्त ब्यक्तीलाई सम्झनु पर्दछ।

(ङ) **"स्वास्थ्य सेबा "** भन्नाले ज्येष्ठ नागरिक हरुलाई तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मिहरु द्वारा प्रदान गरिने प्रवर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक तथा उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा सम्झनु पर्दछ।

(च) **" सेवा प्रदायक"** भन्नाले जेष्ठ नागरिकहरुलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानिय तहका संम्बन्धित स्वास्थ्य सस्थालाई सम्झनु पर्दछ।

३) आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिनेः-

जेष्ठ नागरिक हरुलाई स्वास्थ्यकर्मी मार्फत तोकिएको मापदण्ड अनुसार आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क रुपमा प्रदान गरिनेछ।

४)कार्यक्रमको जानकारी दिनुपर्नेः-

स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा शुक्लाफाँटा नगरपालिका स्वास्थ्य शाखामा समन्वय गरी ज्येष्ठ नागरिकमा आउन सक्ने स्वास्थ्य समस्या, निदान, उपचार, रोकथाम तथा क्षेत्रगत आवश्यकता अनुसार जन चेतनामुलक सामग्री उत्पादन तथा बितरण गरिनेछ।

५) ज्येष्ठ नागरिकहरुको तथ्याङ्क तयारः-

जुनसुकै उमेरका दिर्घरोगी साथै ७० बर्ष पुरा गरेका आम नागरिक हरुको तथ्याङक संकलन गर्ने, तथ्याङक लाई प्रशोधन गर्ने, समस्या पहिचान गर्ने, योजना बनाउने र प्रतिबेदन तयार गरी कार्यक्रम कार्यन्वयन गरिनेछ।

६) घरधुरी सर्वेक्षणको लागि प्रश्नावलिको ब्यवस्थाः-

स्थानः- मितीः-

अन्तरबार्ता लिने ब्यक्तिको नामः-

क्र.स	सोधिने प्रश्न	दिएको उत्तर
१	उत्तरदाताको नाम|थर	
२	उत्तरदाताको पुरा भएको उमेर	
३	उत्तरदाताको लैङ्गिक पहिचान ।	❖ महिला ❖ पुरुष ❖ अन्य
४	तपाईको बैबाहिक स्थिति के होला ।	❖ विवाहित ❖ संबन्धबिच्छेत ❖ अलग भइसकेको ❖ बिधुवा /बिदुर ❖ विवाह नभएको
५	तपाईको परिवारको आम्दानिको मुख्य श्रोत के होला।	❖ दैनिक ज्याला मजदुर ❖ दक्ष श्रमिक ❖ सरकारी काम ❖ दर्ता नगरिएको व्यापार ❖ दर्ता गरिएको व्यापार ❖ किसान(कृर्षि /पशुपालन) ❖ निवृतीभरण ❖ स्वरोजगार ❖ बैदेशिक रोजगार ❖ अन्य
६	के तपाईले स्वास्थ्य बिमा गर्नु भएको छ।	❖ छ ❖ छैन
७	हाल तपाईका के कस्ता स्वास्थ्य समस्याहरु छन।	❖ उच्च रक्तचाप ❖ मधुमेह ❖ थाइराइड ❖ अन्य
८	हाल तपाई उच्च रक्तचापको लागि औषधी सेवन गर्नुहुन्छ।	❖ गर्छु ❖ गर्दिन
९	तपाईको उच्च रक्तचापको निदान कहाँ भएको थियो।	

१०	तपाईलाई उच्चरक्तचाप लागेको कहिले थाहा पाउनु थियो।	
११	हाल तपाई सुगरको लागि औसधि सेवन गर्नुहुन्छ।	❖ गर्छु ❖ गर्दिन
१२	तपाईको सुगरको निदान कहाँ भएको थियो।	
१३	तपाईलाई सुगर लागेको कहिले थाहा पाउनु भयो।	
१४	तपाई सुगर प्रेसरको लागी स्वास्थ्य सेवा लिन प्राय कहाँ जानुहुन्छ।	
१५	पहिलो **Systolic Reading**	
१६	पहिलो **Diastolic Reading**	
१७	दोस्रो **Systolic Reading**	
१८	दोस्रो **Diastolic Reading**	
१९	तेस्रो **Systolic Reading**	
२०	तेस्रो **Diastolic Reading**	
२१	तपाईले गएको ८ घण्टामा पानी बाहेक केहि खानु वा पिउनु भएको थियो।	
२२	सुगरको टेस्ट	
२३	सुगर प्रेसर बढी भए स्वास्थ्य चौकिमा प्रेसण गर्नुहोस्।	
२४	महत्वपुर्ण समय दिनु भएकोमा यहाँलाई धन्यवाद।	
२५	सम्पर्क नं.उत्तरदाताको	

७) कार्ययोजना तयारः-

जुनसुकै उमेरका दिर्घरोगी साथै ७० बर्ष पुरा गरेका आम नागरिकहरुको घरमा गएर स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा प्रत्येक दुई महिनाको एक पटक सेवा प्रदान गर्ने ब्यवस्थापनका साथै आवस्यक्ता को आधारमा बिशेष बिरामिको लागि जुनसुकै समयमा पनि थप पटक सेवा दिन सकिने गरि कार्ययोजना बनाईने छ।

८) सेवा प्रदायकको सेवा सुबिधाः-

नेपाल सरकारको नियमानुसार प्रस्तावनामा स्विकृत भए बमोजिमको भुक्तानी रकम उपलब्ध गराईनेछ।

९)सेवा प्रदायकले रकम माग गर्ने बिधिः-

कार्यबिधि अनुसार खटिएका स्वास्थ्यकर्मिहरुले अनुसुची-२ बमोजिमको बिबरण भरेर स्वास्थ्य शाखामा पेश गर्नु पर्ने छ।

१०) सेवा प्रदायको भुक्तानीः- स्वास्थ्य सस्था प्रमुखको सिफारिसमा फिल्डमा खटिएका स्वास्थ्यकर्मी हरुको अभिलेख तथा प्रतिबेदनको आधारमा नगरपालिकाबाट भुक्तानी दिईनेछ।

११) बजेट तथा खर्चको ब्यबस्थापनः-

शुक्लाफाँटा नगरपालिकाको बार्षिक कार्यक्रम / परियोजना अनुसार बजेट विनियोजन खर्च शिर्षकबाट ब्यवस्थापन गरिनेछ।

१२) अभिलेख तथा प्रतिवेदनः-

जेष्ठ नागरिकहरुलाई प्रदान गरिएको सेवाको बिबरणको अभिलेख अनुसुचि-३ अनुसार प्रतिबेदन गर्नुपर्नेछ।

१३)कार्यक्रम खर्चको क्षेत्राधिकारः-

कार्यक्रम संचालन गर्दा आर्थिक मितब्ययिता अपनाई देहाय बमोजिम खर्च गर्न सकिने छ।

(क) सेवा प्रदायको यातायात खर्च,

(ख) अत्यावस्यक औषधी र उपकरण तथा ल्याब केमिकल खरिद खर्च

(ग) जेष्ठ नागरीकको लागि **WHOLE BODY** जांच

(घ) **BASIC HEALTH KIT** झोला,

(ङ.) अनुगमन

१४) स्वास्थ्यकर्मी हरुले घरमै गइ स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा तपसिल बमोजिमको सामाग्री संलग्न रहेको BASIC HEALTH KIT को प्रयोग गर्ने छन्

- **BP SET,STETHOSCOPE,THERMOMETER AND TOURCH**
- **LANCET**
- **COTTON**
- **WEIGHING MACHINE**
- **NAIL CUTTER**
- **LOOSE GLOVES**

- ❖ **PULSEOXYMETER**
- ❖ **Envelop(**औषधी राखे खाम)
- ❖ **Permanent Marker**
- ❖ **Pen**
- ❖ **Mask**
- ❖ **Soap**
- ❖ **Safty-Box**
- ❖ **GLUCOMETER**
- ❖ **GLUCOMETER STRIP**

- ❖ **DRUGS:- Tab PARACETAMOL 500 mg, Tab IBUPROFEN 400mg , Tab ALBENDAZOLE 400mg ,SALBUTAMOI SUSPENSION, Tab IRON, Tab AMOXYCILLIN ,Tab AZITHROMYCIN, Tab PANTAPRAZOLE, EYE|EAE DROPS, Tab Cefexime,Tab Metronidazole. Tab Amitriptyline 10mg, Tab Amitriptyline 25mg , Tab Amlodipine 5mg, Tab Glimepiride 1mg, Tab Glimepiride 2mg, Tab losartan 25mg, Tab losartan 50 mg, Tab metformin 500mg, Tab metformin 850mg, Tab metformin 1000mg, Tab Enalapril 2.5mg, Tab Enalapril 5mg, Tab Linagliptin 5mg, Tab sitagliptin50mg, Tab sitagliptin100mg, tab Glicazide 30mg. tab Glicazide 40mg. tab Glicazide 60mg. tab Glicazide 80mg. Tab Voglibose0.2mg, Tab Voglibose0.3mg, Tab telmisartan 20mg' Tab amlodipine+lorsatan 5+50mg, Tab metoprolol 25mg, Tab metoprolol 50mg**

१५)अनुगमन तथा सुवरिवक्षेणः-

यस कार्यक्रमको गुणस्तरियता, औचित्यता तथा प्रभावकारिताका लागि नगर प्रमुख, नगर उप-प्रमुख, प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत, लेखा अधिकृत, प्रशासन प्रमुख , मेडिकल अधिकृत तथा वडा कार्यालयका जनप्रतिनिधि, स्वास्थ्य शाखा तथा स्वास्थ्य सस्था प्रमुख तथा कार्यक्रम फोकल ब्यक्तीले अनुसुचि-३ बमोजिमको चेकलिस्ट प्रयोग गरी अनुगमन तथा सुवरिवक्षेण गरिनेछ।

१६) कार्यक्रमको फरफारक तथा प्रतिवेदनः-

कार्यक्रम सम्पन्न भई सकेपछि संकलित प्रतिवेदन एकिकृत गरि रंगिन तस्बिर सहित संबन्धित निकायमा पेश गरिनेछ।

१७)प्रेषण तथा परामर्शः-स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा कुनै पनि ज्येष्ठ नागरिकहरुमा देखापर्ने जटिल स्वास्थ्य

समस्याको हकमा थप उपचार लिनु पर्ने भएमा उपल्लो सेवा प्रदायक अस्पतालमा समन्वय गरि उपचार,परामर्श तथा आवस्यक राय-सुझावको लागी उचित वातावरण सृजना गरिने छ।

१८) सार्वजनिक सुनुवाईः- यस कार्यक्रमको गुणस्तरियता,औचित्यता तथा प्रभावकारिताका लागी सार्वजनिक सुनुवाई गरी प्रतिवेदन गरिने छ।

अनुसूची-१
शुक्लाफाँटा नगरपालिका
झलारी कञ्चनपुर
घरधुरी सर्वेक्षण-२०८१

स्थानः- मितीः-

अन्तरबार्ता लिने ब्यक्तिको नामः- स्वास्थ्य संस्था नाम :-

क्र.स	सोधिने प्रश्न	दिएको उत्तर
१	उत्तरदाताको नाम।थर	
२	उत्तरदाताको पुरा भएको उमेर	
३	उत्तरदाताको लैङ्गिक पहिचान	❖ महिला ❖ पुरुष ❖ अन्य
४	तपाईको बैबाहिक स्थिति के होला ।	❖ विवाहित ❖ संबन्धबिच्छेत ❖ अलग भइसकेको ❖ बिधुवा /बिदुर ❖ विवाह नभएको
५	तपाईको परिवारको आम्दानिको मुख्य श्रोत के होला।	❖ दैनिक ज्याला मजदुर ❖ दक्ष श्रमिक ❖ सरकारी काम ❖ दर्ता नगरिएको व्यापार ❖ दर्ता गरिएको व्यापार ❖ किसान(कृषि।पशुपालन) ❖ पेन्सन ❖ स्वरोजगार ❖ बैदेशिक रोजगार ❖ अन्य
६	के तपाईले स्वास्थ्य बिमा गर्नु भएको छ ।	❖ छ ❖ छैन

७	हाल तपाईका के कस्ता स्वास्थ्य समस्याहरु छन।	❖ प्रेशर ❖ सुगर ❖ थाइराइड ❖ अन्य
८	हाल तपाई उच्च रक्तचापको लागि औषधी सेवन गर्नुहुन्छ।	❖ गर्छु ❖ गर्दिन
९	तपाईको प्रेसरको निदान कहाँ भएको थियो।	
१०	तपाईलाई उच्च रक्तचाप लागेको कहिले थाहा पाउनु थियो।	
११	हाल तपाई सुगरको लागि औसधि सेवन गर्नुहुन्छ।	❖ गर्छु ❖ गर्दिन
१२	तपाईको सुगरको निदान कहाँ भएको थियो।	
१३	तपाईलाई सुगर लागेको कहिले थाहा पाउनु भयो।	
१४	तपाई सुगर ,प्रेसरको लागी स्वास्थ्य सेवा लिन प्राय कहाँ जानुहुन्छ।	
१५	पहिलो **Systolic Reading**	
१६	पहिलो **Diastolic Reading**	
१७	दोस्रो **Systolic Reading**	
१८	दोस्रो **Diastolic Reading**	
१९	तेस्रो **Systolic Reading**	
२०	तेस्रो **Diastolic Reading**	
२१	तपाईले गएको ८ घण्टामा पानी बाहेक केहि खानु वा पिउनु भएको थियो।	
२२	सुगरको टेस्ट	
२३	सुगर प्रेसर बढी भए स्वास्थ्य चौकिमा प्रेसण गर्नुहोस्।	
२४	महत्वपुर्ण समय दिनु भएकोमा यहाँलाई धन्यवाद।	
२५	संपर्क नं.उत्तरदाताको	

अनुसुची-२

सेवा प्रदायकले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने फाराम

स्वास्थ्य संस्थाको नामः-　　　　　　　　　　　　　　　　मितीः-

सेवा प्रदायकको नाम थर र पदः-　　　　　　　　　　　　　वडा नं.

जिल्लाः-कञ्चनपुर　　　　　　　　　　　स्थानियतहः-शुक्लाफाँटा नगरपालिका

क्र. स	जेष्ठनागरिकको नाम	उमेर		जाति कोड	सेवाको विवरण	सेवा प्रदान को मिति	नागरिकताको प्रमाणपत्र नं.
		महिला	पुरुष				
१							
२							
३							
४							
५							
६							
७							

विवरण तयार गर्नेको　　　　　　　　　　　　　　　　प्रमाणित गर्नेः-

दस्तखत　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　दस्तखतः-

नामः-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　नामः-

पदः-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　पदः-

मितीः-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　मितीः-

अनुसूची-३

समायोजन प्रतिबेदन

स्वास्थ्य संस्थाको नामः-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　मितीः-

सेवा प्रदायकको नाम थर र　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　पदः-

वडा नं.

जिल्लाः-कञ्चनपुर　　　　　　　　　　　　　　　　　　स्थानीय तहः- शुक्लाफाँटा नगरपालिका

बिबरण

क.स.	सेवा दिएको संख्या				सेवा प्रदायको नाम थर	पद	कैफियत
	सुगर	प्रेसर	दिर्घ रोगी	अन्य			
१							
२							
३							
४							
५							
६							
७							
८							

विवरण तयार गर्नेको　　　　　　　　　　　　　　　　　　प्रमाणित गर्नेः-

दस्तखत　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　दस्तखतः-

नामः-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　नामः-

पदः-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　पदः-

मितीः-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　मितीः-

अनुसुची-४

अनुगमन चेकलिस्ट

अनुगमनकर्ताको नामः- अनुगमनकर्ताको हस्ताक्षरः-

पदः-

अनुगमन गरिएको स्थानः- अनुगमन गरेको मितिः-

क.सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थामा

क्र.स	**विवरण**	**गरेको/भएको**	**नगरेको/नभएको**
१	सेवाप्रदायकले दिएको नियमित सेवा		
२	सेवाको ब्यबस्थापन राम्रो		
३	ज्येष्ठ नागरिक सेवाबाट सन्तुष्ट		
४	गुणस्तरिय सेवा प्रदान		
५	माथिल्लो निकायबाट अनुगमनकर्ताले अनुगमन		
६	बहुक्षेत्रिय सरोकारवाला संग समन्वय गरि कार्यक्रम संचालन		

ख.अनुगमनको क्रममा देखापरेका समस्याहरु

१)..२)..

३)..४)..

ग.समाधानका लागि गरिएका प्रयासहरु

१)..२)..

३)..४)..

घ)सेवा प्रदायकबाट आएका सुझाव तथा सल्लाह

१)...२)..

३)... ४)..

ङ)अनुगमनकर्ताद्वारा सुझाव तथा सल्लाह

१)...२)...

३)...४)..

जेष्ठनागरिक सँगको अन्तरबार्ता

क्र.स	विवरण	गरेको भएको	नगरेको\नभएको
१	नियमित रुपमा सेवा पाएको		
२	जेष्ठनागरिकहरुले गरेको सेवाबाट सन्तुष्ट भएको		
३	गुणस्तरिय सेवा प्रदान गरेको		
४	परामर्श गर्ने गरेको		
५	आवस्यक औषधी प्रदान गरेको		
६	आवस्यक अनुसार रिफर गरेको		

७	फेरि आउने समयको बारेमा जानकारी दिएको		
८	परीवार का अन्य सदस्यलाई पनि सेवा दिएको		

(गुणस्तरिय सेवा प्रदान गरे नगरेको तथा ज्येष्ठ नागरिकबाट सन्तुष्ट भए नभएको यकिन गर्नका लागि केहि ज्येष्ठ नागरिकहरु संग अन्तरबार्ता लिनुका साथै स्वास्थकर्मी बाट नमुना परिक्षण गर्ने)

अनुसूची-५

सेवाको पारदर्शिता फाराम

स्वास्थ्य संस्थाको नामः-　　　　　　　　　　मितीः-

वडा नं.

जिल्लाः-कञ्चनपुर　　　　　　　　　　स्थानीय तहः-शुक्लाफाँटा नगरपालिका

सेवा

अबधिः-......................................देखि......................................सम्म।

क्र.स	जेष्ठ नागरिकको नाम	उमेर		जाती कोर्ड	सेवाको विवरण	सेवा प्रदानको मिति	नागरिकताको प्रमाणपत्र नं.
		महिला	पुरुष				
१							
२							
३							
४							
५							
६							
७							
८							

अनुसूची-६

ज्येष्ठ नागरिक तथा दिर्घरोगीहरुलाइ प्रदान गरिने सेवाहरु

घरमै गई दिइने आधारभुत स्वास्थ्य सेबाहरु निम्नानुसार हुनेछनः-

१)**सामान्य परिक्षणः**-प्रेसर, तापक्रम, नाडिको चाल, स्वास प्रस्वास, जण्डिस, अक्सिजनको लेबल, सुगर, तौल इत्यादि।

२)**प्रमुख-४ नसर्ने रोगहरुको जानकारीः-**

क) मुटु तथा रक्तनलिका रोग ह्रदयघात, मस्तिस्कघात ,

ख) दिर्घ स्वास्प्रस्वास संबन्धि रोग र दम,

ग) क्यान्सर (स्तन र पाठेघरको मुखको क्यान्सर)

घ) **Prostate gland** को क्यानसर तथा स्क्रेनिङ्ग

३)नसर्नेरोगका र प्रमुख कारक-तत्व सम्बन्धि सचेतना

क) धुम्रपान तथा सुर्तिजन्य पदार्थको प्रयोग,

ख) अस्वस्थकर खानपिन

ग) मध्यपानको प्रयोग

४) **जिवनशैलि सुधारमा एक्यबद्दता जाहेर**

क)संन्तुलन आहार

ख) ब्यायम

ग) मनोरञ्जन

५) **पारिवारिक तथा सामाजिक समर्थनको लागि परामर्श**

नगर प्रमुख सँग जेष्ठ नागरिक दिर्घायु कार्यक्रमको तथ्याङ्क समायोजन फाराम

स्वास्थ्य संस्थाको नामः- मितीः-

तथ्याङ संकलकको नाम थर र पदः- वडा नं.

जिल्लाः-कञ्चनपुर स्थानिय तहः-शुक्लाफाँटा नगरपालिका

क.स	जेष्ठनागरिकको नाम	उमेर		जाति कोड	सेवाको विवरण			सम्पर्क नं.
		महिला	पुरुष		प्रेसर	सुगर	अन्य	

आज्ञाले,

खेमराज बिष्ट

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत