

सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७५

श्रम, रोजगार तथा सामाजिक सुरक्षा मन्त्रालयबाट स्वीकृत
सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन (पहिलो संशोधन) कार्यविधि स्वीकृत

मिति २०७५/०८/०६
मिति २०७६/०३/२९

प्रस्तावना

योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन, २०७४ को दफा १० बमोजिम सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन गर्नको लागि कोषले ऐनको दफा ७० को उपदफा (२) को अधीनमा रही देहायको कार्यविधि बनाएको छ ।

परिच्छेद १ प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ : (१) यस कार्यविधिको नाम “सामाजिक सुरक्षा योजना संचालन कार्यविधि, २०७५” रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि मन्त्रालयबाट स्वीकृत भएपछि प्रारम्भ हुनेछ ।

२. परिभाषा : विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा :-

- (क) “**योजना**” भन्नाले योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन २०७४ को दफा १० बमोजिमका सामाजिक सुरक्षा योजनालाई सम्भन्तुपर्छ ।
- (ख) “**समिति**” भन्नाले सामाजिक सुरक्षा कोषको सञ्चालक समितिलाई सम्भन्तुपर्छ ।
- (ग) “**कोष**” भन्नाले सामाजिक सुरक्षा कोषलाई सम्भन्तुपर्छ ।
- (घ) “**मन्त्रालय**” भन्नाले श्रम, रोजगार तथा सामाजिक सुरक्षा मन्त्रालय सम्भन्तुपर्छ ।
- (ङ) “**दुर्घटना**” भन्नाले कुनै एक वा एक भन्दा बढी कारणबाट शारीरिक वा मानसिक चोट पटक वा आघात पुग्न गएको अवस्थालाई सम्भन्तुपर्छ ।
- (च) “**व्यवसायजन्य रोग**” भन्नाले योगदानकर्ताले रोजगारीको सिलसिलामा निर्वाह गर्ने जिम्मेवारीको कारणबाट हुन सक्ने रोगलाई सम्भन्तुपर्छ ।
- (छ) “**अस्थायी पूर्ण असक्षमता**” भन्नाले कुनै दुर्घटना वा व्यवसायजन्य रोगका कारणबाट योगदानकर्ताले प्राप्त गरी आएको रोजगारी अन्तर्गतको जिम्मेवारी अस्थायी रूपमा पुरा गर्न नसक्ने वा उपचार गर्नुपर्ने भई काम गर्न नसक्ने भएको अवस्थालाई सम्भन्तुपर्छ ।
- (ज) “**स्थायी असक्षमता**” भन्नाले कुनै दुर्घटना वा व्यवसायजन्य रोगका कारणबाट योगदानकर्ताले प्राप्त गरी आएको रोजगारी अन्तर्गतको जिम्मेवारी स्थायी रूपमा पुरा गर्न नसक्ने गरी शरीरको कुनै अङ्ग अशक्त भएको वा निजले प्राप्त गर्ने वैकल्पिक

रोजगारीबाट हुने आय पहिलेको रोजगारीबाट हुने आयभन्दा कम भएको अवस्थालाई सम्झनुपर्छ ।

- (भ) “स्थायी पूर्ण असक्षमता” भन्नाले कुनै दुर्घटना वा व्यवसायजन्य रोगका कारणबाट योगदानकर्ताले प्राप्त गरिआएको रोजगारी अन्तर्गतको जिम्मेवारीमा मात्र नभई अन्य रोजगारी समेत पाउन असक्षम भएको अवस्थालाई सम्झनुपर्दछ ।
- (ज) “आश्रित परिवार” भन्नाले योगदानकर्ताको एकासगोलमा बस्ने देहायको नाताको कुनै जीवित व्यक्ति सम्झनु पर्छ ।
- क) पति वा पत्नी,
ख) छोरा, बूहारी वा छोरी,
ग) बाबु, आमा, सासू वा ससुरा,
घ) नाति वा नातिनी ।
- (ट) “रोजगारीजन्य दुर्घटना” भन्नाले रोजगारदाताले तोकेको काम गर्दा वा कार्य समयभित्र भएको वा कामको लागि आउने वा जाने क्रममा भएको जुनसुकै प्रकारको दुर्घटनालाई सम्झनुपर्छ ।

परिच्छेद २

औषधि उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा सम्बन्धी योजना

३. औषधि उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजना : यस अन्तर्गत देहाय बमोजिमका योजना सञ्चालन हुनेछन् :
- (क) औषधि उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना
(ख) योगदानकर्ता वा योगदानकर्ताको श्रीमतीलाई मातृत्व सुरक्षा योजना
- १४ योगदान र सुविधा अवधि सम्बन्धमा: सामाजिक सुरक्षा कोषमा कम्तीमा तीन महिना योगदान गर्ने योगदानकर्ताले दफा ३ मा उल्लेखित योजना बमोजिमको सुविधा पाउने छन् । यस्तो सुविधा कुनै योगदानकर्ताले योगदान गर्न छाडेको तीन महिनाको अवधिसम्म लागू रहनेछ ।
५. औषधि उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजना अन्तर्गत पाउने सुविधाहरु : यस योजना अन्तर्गत योगदानकर्ताले देहाय बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्नेछन् ।
- (क) चिकित्सकको परामर्श सेवा,
(ख) अस्पताल भर्ना तथा शल्यक्रिया वापतको शुल्क,

¹ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

- (ग) रोगको परीक्षण तथा उपचार वापतको खर्च,
- (घ) औषधिको बिल बमोजिमको खर्च,
- (ङ) योगदानकर्ता वा योगदानकर्ताको श्रीमतीको नियमित गर्भ परीक्षण, अस्पताल भर्ना, शल्यक्रिया तथा तीन महिनासम्मको शिशुको उपचार वापतको खर्च,
- (च) अस्पतालमा भर्ना नभएको तर उपचारका लागि अस्पतालमा आवत जावत गर्न सक्ने अवस्था नभई घरैमा बसी उपचार गराएकोमा चिकित्सक वा स्वास्थ्यकर्मीले विरामीको घरमै गई प्रदान गरेको परामर्श सेवा वापतको शुल्क ।

६. सुविधाको सीमा : योगदानकर्तालाई देहायको अवस्थामा देहाय बमोजिम स्वास्थ्य सुविधा प्रदान गरिनेछ :

(१) अस्पतालमा भर्ना भई उपचार गराउनुपर्ने योगदानकर्तालाई वार्षिक रुपमा एक लाख रुपैयाँमा नबढ्ने गरी निजलाई प्रदान गर्ने सुविधाको रकम निज भर्ना भएको अस्पतालमा सिधै भुक्तानी गरिनेछ ।

(२) दफा ५ को देहाय (ङ) को अवस्थामा योगदानकर्ता वा योगदानकर्ताको श्रीमती तथा नवजात शिशुको उपचार खर्च समेत उल्लेखित रकमको हदमा नबढ्ने गरी दाबी गर्न सकिने छ ।

(३) अस्पताल भर्ना भई उपचार गराउनुपर्ने अवस्था बाहेकका योगदानकर्ताहरूलाई चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन बमोजिम दफा ५ बमोजिमको सुविधा वार्षिक रुपमा बढीमा पच्चीस हजार रुपैयाँसम्म प्रदान गरिनेछ ।

(४) उपदफा (१), (२) र (३) बमोजिमको सुविधा दाबी गर्ने योगदानकर्ताले कुल दाबी रकमको बीस प्रतिशत आफ्नो तर्फबाट व्यहोर्नुपर्नेछ र उपदफा (१), (२) र (३) बमोजिमको कुल रकम एक वर्षमा एक लाखभन्दा बढी हुने छैन ।

(५) महिला योगदानकर्ता वा योगदानकर्ताको पत्नी प्रसूति भएको अवस्थामा प्रसूति स्याहारको लागि प्रति शिशु एक महिनाको न्यूनतम पारिश्रमिक बराबरको रकम उपलब्ध गराईनेछ र यस्तो रकम चौबीस हप्ता भन्दा बढी अवधिको गर्भपतन वा मृत शिशु जन्म भएको अवस्थामा समेत प्रदान गरिनेछ । पति र पत्नी दुवै योगदानकर्ता भएको अवस्थामा भने कुनै एक जनाले मात्र यस्तो सुविधा दाबी गर्नु पर्नेछ ।

२(६) यस दफा बमोजिम सुविधा प्राप्त गर्ने योगदान कर्ताले नेपाल सरकार वा अन्य बीमा योजना बमोजिम कुनै स्वास्थ्य सुविधा लिन पाउने भएमा त्यस्तो सुविधा लिन यस कार्यविधिमा लेखिएको कुनै कुराले बाधा पर्ने छैन ।

७. विदा वापतको रकम भुक्तानी : (१) श्रम ऐन वा प्रचलित कानून बमोजिम वा सामूहिक सम्झौता बमोजिम रोजगारदाताबाट पारिश्रमिक सहितको विरामी विदा पाउने अवधि (कम्तीमा वार्षिक बाह्र

² पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

दिन) भन्दा लामो अवधिसम्म अस्पतालमा बसी उपचार गराउँदा वा चिकित्सकको सिफारिशमा घरमै बसी उपचार गराउनुपर्ने अवस्थाका योगदानकर्ताले त्यस्तो अवधिमा निजको आधारभूत पारिश्रमिकको साथै प्रतिशत रकम विरामी सुविधा वापत पाउने छन् । तर त्यस्तो विदा अवधि वार्षिक तेह्र हप्ताभन्दा बढी अवधिको भएमा सो अवधिको लागि पारिश्रमिक भुक्तानी गरिने छैन ।

(२) श्रम ऐन, २०७४ वा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम वा सामूहिक सम्झौता बमोजिम रोजगारदाताबाट पारिश्रमिक सहितको प्रसूति विदा पाउने अवधि (कम्तीमा साठी दिन) बाहेक प्रसूति विदा बस्नु पर्दा सो अवधिका लागि निजले खाईपाई आएको आधारभूत पारिश्रमिकको साथै प्रतिशतका हिसाबले योगदानकर्तालाई प्रसूति विदाको रकम सुविधा वापत भुक्तानी गरिनेछ ।

तर यस्तो रकम श्रम ऐन, २०७४ को दफा ४५(३) वा अन्य प्रचलित नेपाल कानून बमोजिमको प्रसूति विदा वापत रकम प्राप्त गर्ने साठी दिन समेत जोडी हुन आउने अठान्नब्बे दिनभन्दा बढी हुने छैन ।

(३) उपदफा (१) र (२) मा उल्लेखित विदा वापतको रकम दफा ६ बमोजिमको रकमको सीमाभित्र समावेश हुने छैन ।

(४) विरामी विदा वा प्रसूति विदा पाउने अवस्थामा रोजगारदाताको व्यवसाय बन्द भएको वा रोजगारी अन्त्य भएको कारण विदा पाउने अवस्था नभएमा रोजगारदाताले प्रदान गर्नुपर्ने विदा अवधिको आधारभूत पारिश्रमिकको साथै प्रतिशत रकम कोषले सम्बन्धित योगदानकर्तालाई भुक्तानी गर्नेछ ।

(५) यस सम्बन्धी अन्य व्यवस्था कोषले समय समयमा किटान गरे बमोजिम हुनेछ ।

८. सुविधा प्राप्त हुन नसक्ने अवस्था : यस कार्यविधिमा अन्यत्र जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि देहायको अवस्थामा योगदानकर्ताले औषधि उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना अन्तर्गतको सुविधा प्राप्त गर्ने छैन:

- (क) दुर्घटना भई उपचारको लागि आवश्यक पर्ने अवस्थामा बाहेक प्लाष्टिक सर्जरी तथा दाँतको उपचार वापतको खर्च,
- (ख) बारियट्रिक सर्जरी (बोसो निकाल्ने) वापतको खर्च,
- (ग) देशव्यापी रुपमा महामारी फैलिई कोषले खर्च धान्न नसक्ने भै योजना निलम्बन गरेको अवस्थामा,
- (घ) दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना अन्तर्गत यस परिच्छेदमा उल्लेख भएको समान सुविधा प्राप्त गरेको अवस्थामा ।

परिच्छेद ३

दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना

९. दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजनाबाट प्राप्त गर्ने सुविधा : योगदानकर्तालाई यस योजना अन्तर्गत निम्न सुविधा प्राप्त हुनेछ :

- (१) दुर्घटना वापतको सुविधा
- (२) अशक्तता वापतको सुविधा

१०. सुविधा प्राप्त गर्ने अवस्था : (१) योगदानकर्ता श्रमिक रोजगारीजन्य (Employment related) दुर्घटनामा परी उपचार गर्नुपर्ने भएमा यस योजना बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्न सक्नेछन् । तर, रोजगारीजन्य दुर्घटना बाहेक अन्य दुर्घटनाको हकमा दफा ११(२) बमोजिम सुविधा पाउने छैन ।

३(२) उपदफा (१) बमोजिम प्राप्त हुने सुविधा सामाजिक सुरक्षा कोषमा सूचीकरण भै कोषले योगदान लिन प्रारम्भ गरेको मितिबाट लागू हुनेछ । योगदान गर्न छाडेपछि यो सुविधा प्रदान गरिने छैन ।

४(३) उपदफा (२) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि व्यवसायजन्य रोगको उपचार तथा सो सँग सम्बन्धित अन्य सुविधा कम्तीमा दुई वर्ष योगदान गरेपछि मात्र पाउनेछन् । यस्तो सुविधा योगदान गर्न छाडेको दुई वर्षको अवधिसम्म लागू रहनेछ ।

११. योजना सुविधाको सीमा : देहायको अवस्थामा यस योजना बमोजिम सुविधा प्रदान गरिनेछ :

(१) योगदानकर्ता रोजगारीजन्य दुर्घटनामा परी वा व्यवसायजन्य रोगको उपचार गर्दा लाग्ने सम्पूर्ण खर्च,

५(२) रोजगारीजन्य बाहेक अन्य दुर्घटना भएको अवस्थामा कोषले सात लाख रुपैयाँसम्मको मात्र उपचार खर्च व्यहोर्नेछ । सामाजिक सुरक्षा कोषमा सूचीकरण भै कोषले योगदान लिन प्रारम्भ गरेको मितिबाट यस योजनामा सहभागी भएको मानिनेछ र योगदान गर्न छाडेपछि यो सुविधा प्रदान गरिने छैन ।

तर अन्य बीमा प्रणालीबाट सातलाख रुपैयाँ वा सो भन्दा बढी सुविधा पाउने अवस्थामा कोषले कुनै खर्च व्यहोर्ने छैन र सो भन्दा कम सुविधा पाउने भएमा बाँकी रकमको हदसम्म कोषले व्यहोर्नेछ ।

(३) रोजगारीजन्य दुर्घटना वा व्यवसायजन्य रोगको कारण अस्थायी पूर्ण असक्षमता भएको योगदानकर्ताले निजले खाईपाई आएको आधारभूत पारिश्रमिकको साठी प्रतिशत बराबरको रकम मासिक रूपमा निज काममा नफर्कदासम्म पाउनेछ ।

^३ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

^४ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

^५ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

(४) रोजगारीजन्य दुर्घटना वा व्यवसायजन्य रोगका कारण स्थायी असक्षमता भएको योगदानकर्ताको असक्षमताको अनुपातमा निजले खाईपाई आएको आधारभूत पारिश्रमिकको साठी प्रतिशत बराबरको रकमलाई शतप्रतिशत मानी निजको असक्षमता प्रतिशतको आधारमा जीवनकालभर निवृत्तभरण सुविधा वापत मासिक रुपमा रकम पाउनेछ ।

(५) रोजगारीजन्य दुर्घटना वा व्यवसायजन्य रोगका कारण स्थायी पूर्ण असक्षमता भएको योगदानकर्ताले निजले खाईपाई आएको आधारभूत पारिश्रमिकको साठी प्रतिशत बराबरको रकम मासिक रुपमा निज जीवित रहुञ्जेल निजलाई वा निज आफैँ हिंडुल गर्न नसकेमा निजलाई हेरचाह गर्ने आश्रित परिवारको सदस्य वा निजलाई हेरचाह गर्ने अन्य व्यक्ति वा संस्थालाई भुक्तानी गर्ने व्यवस्था गरिनेछ ।

(६) हेरचाह गर्ने व्यक्ति वा संस्थालाई रकम भुक्तानी गर्दा सम्बन्धित गाउँपालिका वा नगरपालिकाको सिफारिसमा गरिनेछ ।

(७) यस परिच्छेद बमोजिमको असक्षमताको प्रतिशत परिच्छेद ७ बमोजिमको स्वास्थ्य परीक्षण समितिले किटान गरे बमोजिम हुनेछ ।

(८) माथि जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि दफा १३ बमोजिम आवधिक रुपमा गरिने असक्षमताको अवस्थाको पुनरावलोकन गर्दा असक्षमताको अवस्थामा परिवर्तन आएमा सोही बमोजिम सुविधामा फेरबदल हुन सक्नेछ ।

६(९) यस परिच्छेद बमोजिम असक्षमता प्रतिशतको आधारमा प्रदान गरिने निवृत्तभरण रकममा बिमाङ्कीको प्रतिवेदनको आधारमा सञ्चालक समितिले निर्धारण गरे बमोजिमको दरले मुद्रास्फीति समायोजन गरिनेछ ।

१२. निवृत्तभरण सुविधाको सीमा : यस परिच्छेद बमोजिम कोषले उपलब्ध गराउने शतप्रतिशत असक्षमता वापतको मासिक निवृत्तभरण रकम नेपाल सरकारले सम्बन्धित क्षेत्रका लागि तोकेको न्यूनतम पारिश्रमिक अङ्कको साठी प्रतिशतभन्दा घटी र न्यूनतम आधारभूत पारिश्रमिक अङ्कको तीन गुणा भन्दा बढी हुने छैन ।

तर असक्षमताको प्रतिशत बीस वा सो भन्दा कम भएमा कोषले सो बमोजिम अनिवार्य अवकाशको अवधि र दफा १३ बमोजिमको असक्षमता प्रतिशत तथा अनुसूची १७ बमोजिमको गुणक (Commutation factors) को आधारमा हिसाब गरी भुक्तानी गर्न सक्नेछ ।

१३. असक्षमताको प्रतिशतको किटान र पुनरावलोकन : (१) असक्षमताको प्रतिशत किटान परिच्छेद ७ बमोजिमको स्वास्थ्य परीक्षण समितिले गर्नेछ ।

(२) यस परिच्छेद बमोजिमको असक्षमताको प्रतिशत प्रत्येक पाँच वर्षमा परिच्छेद ७ बमोजिमको स्वास्थ्य परीक्षण समितिले पुनरावलोकन गर्नेछ ।

^६ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

(३) योगदानकर्ता असक्षमता प्रतिशतको अन्तिम पुनरावलोकन निजको उमेरको ५८औं वर्षमा हुनेछ र सो असक्षमताको प्रतिशतमा आएको परिवर्तनको आधारमा दफा १२ बमोजिम दिने निवृत्तभरण रकममा परिवर्तन हुन सक्नेछ ।

परिच्छेद ४

आश्रित परिवार सुरक्षा योजना

१४. आश्रित परिवार सुरक्षा योजनाबाट प्राप्त गर्ने सुविधा : योगदानकर्ताको मृत्यु भएमा यस योजना अन्तर्गत आश्रित परिवारलाई निम्न सुविधा प्राप्त हुनेछ :

- (क) पति वा पत्नीले पाउने निवृत्तभरण
- (ख) सन्ततिले पाउने शैक्षिक वृत्ति
- (ग) आश्रित बाबु आमाले पाउने सुविधा
- (घ) अन्तिम संस्कार खर्च

१५. योगदानकर्ताको पति वा पत्नीले निवृत्तभरण पाउने : (१) जुनसुकै कारणबाट योगदानकर्ताको मृत्यु भएमा निजको पति वा पत्नीले योगदानकर्ताको अन्तिम आधारभूत पारिश्रमिकको साठी प्रतिशतको दरले निजले जीवनभर निवृत्तभरण पाउने छन् ।

(२) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि योगदानकर्ताको पति वा पत्नीले अर्को विवाह गरेमा वा निजको वैकल्पिक रोजगार रहेको अवस्थामा भने यो सुविधा दिइने छैन । तर त्यस्तो व्यक्तिको रोजगारी समाप्त भई वृद्धावस्था अन्तर्गतको निवृत्तभरण प्राप्त गर्ने अवस्था नरहेमा कोषमा निवेदन दिई यस परिच्छेद बमोजिमको निवृत्तभरण सुविधा माग गर्न सकिनेछ ।

(३) यस परिच्छेद बमोजिम प्रदान गरिने निवृत्तभरण रकममा विमाङ्गीको प्रतिवेदनको आधारमा सञ्चालक समितिले निर्धारण गरे बमोजिमको दरले मुद्रास्फीति समायोजन गरिनेछ ।

१६. योगदानकर्ताको सन्ततिले शैक्षिक वृत्ति पाउने : (१) योगदानकर्ताको मृत्यु भएको अवस्थामा निजको अठार वर्ष उमेर पुरा नभएको सन्ततिले सो उमेर पुरा नभएसम्म शैक्षिकवृत्ति वापत योगदानकर्ताको अन्तिम आधारभूत पारिश्रमिकको चालीस प्रतिशत रकम मासिक रूपमा पाउनेछ ।

⁷ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

⁸ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

तर एकभन्दा बढी सन्तति सुविधा पाउने अवस्थाको भएमा आधारभूत पारिश्रमिकको साठी प्रतिशत रकमलाई दामासाहीले प्रदान गरिनेछ ।

(२) यदि कुनै सन्तति निरन्तर अध्ययनरत रहेमा त्यस्तो सुविधा एक्काईस वर्षको उमेर पुरा नभएसम्म प्रदान गर्न सकिनेछ ।

तर निजको विवाह भएमा वा अध्ययन पुरा भएमा त्यस्तो सुविधा प्रदान गरिने छैन ।

(३) माथी उपदफा (१) र (२) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि कुनै सन्तति शारीरिक वा मानसिक रुपमा काम गर्न असक्षम भएमा त्यस्तो सन्ततिको हकमा उमेरको हद लागू हुने छैन ।

१७. बाबु आमाले सुविधा पाउन सक्ने : १(१) योगदानकर्ताको एकाघरको पति वा पत्नी वा छोरा वा छोरी नभएको तर निजसँग आश्रित बाबु आमा रहेछन् भने निजहरुलाई योगदानकर्ताको आधारभूत पारिश्रमिकको साठी प्रतिशत रकम निजहरुको जीवनकालभर मासिक रुपमा प्रदान गरिनेछ ।

तर बाबु आमा दुवै जीवित भएमा दुवैलाई दामासाहीले सुविधा प्रदान गरिनेछ ।

(२) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि निजहरुको वैकल्पिक रोजगार रहेको वा निजले अन्यत्रबाट यसमा लेखिएको भन्दा बढी सुविधा पाउने रहेछ भने यो सुविधा पाउने छैन ।

१८. अन्तिम संस्कार खर्च पाउने : जुनसुकै कारणले योगदानकर्ताको मृत्यु भएमा वा कुनै योगदानकर्ता स्थायी 10वा अस्थाई असक्षमता भई लामो समय सुविधा पाएपछि मृत्यु भएमा निजको अन्तिम संस्कारको लागि निजको नजिकको आश्रित परिवार सदस्य वा हकवालालाई पच्चीस हजार रुपैयाँ एकमुष्ठ उपलब्ध गराइनेछ ।

परिच्छेद ५

वृद्ध अवस्था सुरक्षा योजना

१९. योजनामा सहभागी हुने : (१) कोषमा रोजगारदाताले श्रमिकको आधारभूत पारिश्रमिकको १० प्रतिशत सञ्चय कोष वापत र ८.३३ प्रतिशत उपदान वापत समेत गरी जम्मा १८.३३ प्रतिशत रकम र श्रमिकले सञ्चयकोष वापत गर्ने १० प्रतिशत योगदानको रकम गरी जम्मा २८.३३ प्रतिशत रकमबाट कोषले वृद्ध अवस्था सुरक्षा योजना सञ्चालन गर्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको योगदानकर्ता श्रमिकले देहायको सुविधा पाउनेछन् :

(क) निवृत्तभरण योजना,

⁹ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

¹⁰ पहिलो संशोधनद्वारा थप ।

(ख) अवकाश सुविधा योजना ।

11(३) सामाजिक सुरक्षा कोषमा सूचीकरण भै कोषले योगदान लिन प्रारम्भ गरेको मितिबाट उपदफा (१) बमोजिमको योजनामा सहभागी भएको मानिनेछ ।

12(४) कोषमा योगदान शुरु हुनुभन्दा अगाडि प्रचलित कानून बमोजिम सञ्चालनमा रहेका अन्य अवकाश योजनामा उपदान, सञ्चयकोष जम्मा गर्ने वा रोजगारदाताको जिम्मामा रहेको योगदानकर्ता श्रमिकको रकम सम्बन्धमा देहाय बमोजिम हुनेछ :

(क) कुनै योगदानकर्ता श्रमिकले त्यस्तो रकम सामाजिक सुरक्षा कोषमा हस्तान्तरण गर्न चाहेमा कोषको सञ्चालक समितिले तोकेको मितिबाट श्रम ऐन २०७४ को दफा ५२ को उपदफा (५) र दफा ५३ को उपदफा (५) तथा श्रम नियमावली २०७५ को परिच्छेद ५ बमोजिम कोषमा रकम हस्तान्तरणको व्यवस्था मिलाइनेछ ।

(ख) खण्ड (क) बमोजिमको रकम हस्तान्तरण प्रयोजनको लागि कोषले सम्बन्धित अवकाश कोषसंग वा रोजगारदातासंग समन्वय गर्नेछ ।

(ग) खण्ड (क) मा उल्लेख गरिए बमोजिम कुनै श्रमिकले कोषमा योगदान शुरु गरेको मितिभन्दा अगाडिको सञ्चयकोष र उपदान वापतको रकम सामाजिक सुरक्षा कोषमा हस्तान्तरण गर्न नचाहेमा कोषमा योगदान शुरु गर्ने मितिभन्दा अगाडिको त्यस्तो रकम सम्बन्धित श्रमिकले आफैँ भुक्तानी लिन वा प्रचलित कानून बमोजिम सञ्चालनमा रहेको अन्य अवकाश कोषमा रहेको रकम सोही कोषमा नै राख्न सक्नेछ ।

13२०. निवृत्तभरण योजनामा सहभागिता हुने : निवृत्तभरण सुरक्षा योजनामा देहाय बमोजिमका श्रमिकहरु समावेश हुनेछन् :-

(क) २०७६ साल श्रावण १ गते पश्चात् कुनै पनि रोजगारदातासँग रोजगार सम्बन्ध कायम भएका श्रमिकहरु,

(ख) प्रचलित कानून बमोजिमको सञ्चय कोष र उपदान प्राप्त गरिरहेका श्रमिकहरुको हकमा निजहरुले लिखित रुपमा निवेदन दिएमा यस योजनामा सहभागी हुन सक्नेछन् ।

२१. निवृत्तभरण योजना अन्तर्गत पाउने सुविधा : यस योजनामा योगदान गर्ने श्रमिकलाई देहायको अवस्थामा देहाय बमोजिम सुविधा प्रदान गरिनेछ :

¹¹ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

¹² पहिलो संशोधनद्वारा थप ।

¹³ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

- (क) योगदानकर्ताको अवकाश उमेर पुरा भएपछि निजले कोषमा जम्मा गरेको योगदान रकम (रोजगारदाताको तर्फबाट भएको योगदान समेत) र सो रकममा कोषले गरेको लगानीबाट प्राप्त प्रतिफल समेत जोडी हुन आउने कुल योगलाई १८० महिना (१५ वर्ष) ले भाग गर्दा हुन आउने रकम प्रत्येक महिना निजको जीवनकालभर निवृत्तभरण पाउने छन् ।
- (ख) कुनै योगदानकर्ताको सुविधा प्राप्त गर्ने उमेर नपुग्दै मृत्यु भएमा निजको हकवालालाई निजले कोषमा गरेको योगदान, रोजगारदाताको तर्फबाट भएको योगदान र कोषको लगानीबाट प्राप्त प्रतिफल समेत जोडी हुन आउने कूल योगदान रकम 14. एकमुष्ठ रुपमा प्रदान गरिनेछ ।

15२२. निवृत्तभरण पाउन योग्य हुने अवस्था : (१) निवृत्तभरण प्राप्त गर्न योगदानकर्ताको उमेर साठी वर्ष पुरा भएको र कम्तीमा १८० महिना योगदान गरेको हुनुपर्नेछ ।

(२) उपदफा (१) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि कुनै योगदानकर्ताले १८० महिनाको योगदान नगर्दै साठी वर्ष उमेर पुरा भएको रहेछ भने त्यस्तो योगदानकर्ताले निजले कोषमा गरेको योगदान, रोजगारदाताको तर्फबाट भएको योगदान र कोषको लगानीबाट प्राप्त प्रतिफल समेत जोडी हुन आउने कुल योगदान रकम एकमुष्ठ रुपमा लिन वा कुल रकमलाई १८० ले भाग गर्दा हुन आउने रकम प्रत्येक महिना निजको जीवनकालभर निवृत्तभरण लिने मध्ये कुनै एउटा विकल्पको छनोट गर्न सक्नेछ ।

२३. अवकाश सुविधा : (१) दफा २० को उपदफा (१) बमोजिम निवृत्तभरण योजना लागू हुनु अगावै रोजगारीमा रहेका योगदानकर्ताले 16निवृत्तभरणको लागि निवेदन नदिएमा दफा १९ को उपदफा (१) बमोजिम यस कोषमा जम्मा गरिएको सञ्चय कोष र उपदान वापतको योगदान रकम, रोजगारदाताको तर्फबाट गरेको योगदान र सोमा कोषले गरेको लगानीबाट प्राप्त प्रतिफल समेत जोडी हुन आउने रकम निज अवकाश हुँदाका बखत एकमुष्ठ भुक्तानी पाउनेछ ।

(२) यस सम्बन्धी अन्य व्यवस्था कोषले समय समयमा तोके बमोजिम हुनेछ ।

२४. निवृत्तभरणको लागि दर किटान गरी बाँकी रकम भुक्तानी गर्न वा अन्य योजना सञ्चालन गर्न सकिने : (१) यस योजनामा माथि जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि कोषले श्रमिक र रोजगारदाताको तर्फबाट गरिने कुल योगदान २८.३३ प्रतिशत पुरै निवृत्तभरण योजनामा प्रयोग नगरी सो भन्दा कम दरमा निवृत्तभरण योजना सञ्चालन गर्ने निर्णय गर्न सक्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम यस योजनामा कम दर किटान भएको अवस्थामा कोषले बाँकी रकम अवकाश सुविधा वापत सम्बन्धित श्रमिकलाई अवकाश उमेर पुरा भएपछि फिर्ता गर्न वा अन्य योजनामा प्रयोग गर्न सक्नेछ ।

¹⁴ पहिलो संशोधनद्वारा भिकिएको ।

¹⁵ पहिलो संशोधनद्वारा संशोधित ।

¹⁶ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

17२४क. विदेशी नागरिकले रकम फिर्ता लैजान पाउने : (१) विदेशी नागरिकले रोजगार सम्बन्ध समाप्त भएपछि जुनसुकै समयमा कोषमा रहेको वृद्ध अवस्था सुविधा योजना बमोजिम पाउने रकम फिर्ता लैजान सक्नेछ ।

(२) कुनै विदेशी नागरिकको नेपालमा कार्यरत रहदै वा सेवा समाप्त भएपछि रकम फिर्ता लिनु अगाडि मृत्यु भएमा निजले ईच्छाएको व्यक्ति वा हकवालालाई कोषले रकम भुक्तानी गर्नेछ ।

(३) कुनै नेपाली नागरिकले नेपालको नागरिकता त्यागी विदेशी नागरिकता लिएकोमा सोको प्रमाण सहित निवेदन दिएमा विदेशी नागरिक सरह कोषले रकम फिर्ता दिनेछ ।

18२४ख. मुद्रास्फीति समायोजन गरिने : यस परिच्छेद बमोजिम प्रदान गरिने निवृत्तभरण रकममा विमाङ्कीको प्रतिवेदनको आधारमा सञ्चालक समितिले निर्धारण गरे बमोजिमको दरले मुद्रास्फीति समायोजन गरिने छ ।

19२४ग. पति वा पत्नीले निवृत्तभरण पाउने : कुनै योगदानकर्ताले निवृत्तभरण प्राप्त गर्न शुरु गरे पछि १८० महिना निवृत्तभरण नपाउँदै निजको मृत्यु भएमा निजको पति वा पत्नीको वैकल्पिक रोजगारी नभएको वा निवृत्तभरण पाउने अवस्था नभएमा मृतकको पति वा पत्नीलाई योगदानकर्ताले पाइरहेको निवृत्तभरणको पचास प्रतिशतले हुन आउने रकम आजीवन निवृत्तभरण प्रदान गरिनेछ ।

तर योगदानकर्तासँग निजको वैवाहिक सम्बन्ध कायम नरहेको अवस्थामा यो सुविधा प्रदान गरिने छैन ।

20२४घ. कोषबाट निवृत्तभरण प्राप्त गर्न सकिने : नेपाल सरकार वा अन्यत्रबाट निवृत्तभरण पाइरहेको व्यक्तिले कोषमा योगदान गरी निवृत्तभरणको लागि योग्य भएमा कोषबाट निवृत्तभरण लिन बाधा पर्ने छैन ।

21२४ङ. योगदानमा स्वेच्छक सहभागी हुन सक्ने : साठी वर्ष उमेर पुरा गरेर पनि श्रम सम्बन्ध कायम रहेका व्यक्ति स्वेच्छाले सामाजिक सुरक्षा योजनामा सहभागी हुन सक्नेछन् ।

¹⁷ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

¹⁸ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

¹⁹ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

²⁰ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

परिच्छेद- ६
योगदानको बाँडफाँट, सुविधा दाबी तथा भुक्तानी प्रक्रिया

२५. **योगदानको बाँडफाँट** : रोजगारदाताले श्रमिकको आधारभूत पारिश्रमिकबाट ११ प्रतिशत रकम कट्टी गरी सो रकममा श्रमिकको आधारभूत पारिश्रमिकको २० प्रतिशत रकम थप गरी कुल ३१ प्रतिशत रकम कोषमा जम्मा गर्नेछन् र यस्तो रकम कोषले निम्न योजनामा निम्न अनुसार बाँडफाँट गर्नेछ :

- (क) औषधि उपचार, स्वास्थ्य तथा मातृत्व सुरक्षा योजनाको लागि १ प्रतिशत
- (ख) दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजनाको लागि १.४० प्रतिशत
- (ग) आश्रित परिवार सुरक्षा योजनाको लागि ०.२७ प्रतिशत
- (घ) वृद्ध अवस्था सुरक्षा योजनाको लागि २८.३३ प्रतिशत

२६. **सुविधाका लागि निवेदन दिनुपर्ने** : यस कार्यविधि बमोजिम सुरक्षा योजनाहरूमा सहभागी भई सुविधा प्राप्त गर्नको लागि कोषको कार्यालय वा कोषले तोकेको आधिकारिक प्रतिनिधि समक्ष देहाय बमोजिम निवेदन दिनुपर्नेछ ।

- (क) औषधि उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्न श्रमिकले अनुसूची १ बमोजिम र सोभै अस्पतालले दाबी गर्दा अनुसूची २ बमोजिम माग गर्नु पर्नेछ । मातृत्व सुरक्षा योजना बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्न श्रमिकले अनुसूची ३ बमोजिम माग गर्नु पर्नेछ ।
- (ख) दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजना बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्न श्रमिकले अनुसूची ४ बमोजिम माग गर्नुपर्नेछ ।
- (ग) दुर्घटना सुरक्षा योजना (व्यवसायजन्य रोग) बमोजिमको सुविधा दाबी गर्न श्रमिकले अनुसूची ५ बमोजिम माग गर्नु पर्नेछ ।
- (घ) आश्रित परिवार सुरक्षा योजनामा सहभागी हुनको लागि अनुसूची ६ बमोजिमको दाबी फाराम भर्नुपर्नेछ र अन्तिम संस्कार खर्चका लागि अनुसूची ७ बमोजिमको खर्च दाबी फाराम भर्नु पर्नेछ ।
- (ङ) वृद्ध अवस्था सुरक्षा योजना बमोजिम सुविधा प्राप्त गर्न देहाय बमोजिमको आवेदन मागदाबी फाराम भर्नु पर्नेछ :

²¹ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

- (१) निवृत्तभरणको दाबीको लागि अनुसूची ८ बमोजिमको फाराम भर्नुपर्नेछ । सो फाराम जाँचबुझ गरेपछि कोषले अनुसूची ९ बमोजिमको निवृत्तभरण किटान फाराम भरी अनुसूची १० बमोजिमको निवृत्तभरण अधिकारपत्र जारी गर्नेछ ।
- (२) आश्रित परिवार निवृत्तभरणको लागि अनुसूची ११ बमोजिमको फाराम भर्नुपर्ने छ । कोषले आवश्यक जाँचबुझ गरी अनुसूची १२ बमोजिमको अधिकारपत्र जारी गर्नेछ ।
- (३) उपदान दाबीको लागि अनुसूची १३ बमोजिमको फाराम भर्नुपर्ने छ । कोषले अनुसूची १४ बमोजिम उपदानको रकम किटान गर्नुपर्ने छ ।
- (४) पारिवारिक निवृत्तभरणको अधिकार पत्र दाबीको लागि अनुसूची १५ बमोजिमको फाराम भर्नुपर्नेछ । कोषले आवश्यक जाँचबुझ गरी अनुसूची १६ बमोजिमको अधिकार पत्र जारी गर्नेछ ।

२७. निर्णय गर्ने अधिकारी : योगदानकर्ताले माग दाबी गरेको सबै सुरक्षा योजनाको सुविधा रकमको भुक्तानी गर्ने निर्णय कार्यकारी निर्देशक वा निजले अधिकार प्रत्यायोजन गरेको निर्देशकबाट हुनेछ ।

२८. निर्णय प्रक्रिया : (१) दफा २६ बमोजिम कोष समक्ष पेश हुन आएका निवेदन माथि कोषले आवश्यक जाँचबुझ गर्नुपर्नेछ । यसरी जाँचबुझ गर्दा कुनै कागजात स्पष्ट नभएमा वा थप पुष्टीकरणको आवश्यकता भएमा सम्बन्धित योगदानकर्ता वा सम्बन्धित निकायसँग सम्पर्क गरी आवश्यक कागजात तथा सूचना माग गर्न सक्नेछ ।

(२) योगदानकर्ताको योगदानको सम्बन्धमा कोषले अद्यावधिक अभिलेख अध्ययन गर्ने र अभिलेख प्रष्ट नपाइएमा योगदानकर्ता वा निजको रोजगारदाताको तर्फबाट आवश्यक योगदान भइसकेको पुष्टि हुने कागजात वा योगदान रकम जम्मा गरेको प्रमाण पेश गर्न लगाउन सक्नेछ ।

(३) उपदफा (१) बमोजिमको निवेदन उपरको निर्णय निर्देशकको तहबाट हुनेछ ।

तर उपदफा (१) अनुसार जाँचबुझ गर्दा थप परीक्षण गर्नुपर्ने अवस्था देखिएमा स्वास्थ्य परीक्षण समितिबाट र सो बाहेक अन्य विषयका हकमा कोषको सञ्चालक समितिबाट अन्तिम निर्णय हुनेछ ।

(४) दफा २६ बमोजिमको निवेदन कोषमा दर्ता भएको मितिले सामान्यतया एक महिनाभित्र फछ्यौट गरी सम्बन्धित योगदानकर्तालाई भुक्तानी गरिनेछ ।

२९. बैंक खाता खोलेको हुनुपर्ने : (१) सम्बन्धित निवेदक वा निजको हकवालालाई²²सुविधा वापतको रकम बैंक खाता मार्फत् मात्र भुक्तानी दिइनेछ ।

(२) उपदफा (१) को प्रयोजनका लागि अस्पतालले भुक्तानी प्राप्त गर्न प्रचलित कानून बमोजिम “क” वर्गको कुनै वाणिज्य बैंक वा सोको शाखाहरुमा यस कार्यविधि बमोजिमको रकम पाउन सूचीकृत अस्पतालले बैंक खाता अनिवार्य खोलेको हुनुपर्नेछ ।

परिच्छेद -७

स्वास्थ्य परीक्षण समितिको गठन

३०. स्वास्थ्य परीक्षण समितिको गठन : (१) योगदानकर्ताको असक्षमताको प्रतिशत किटान गर्न, योगदानकर्ता काम गर्न असक्षम छ भनी घोषणा गर्न तथा कोषमा योगदानकर्ताले पेश गरेको दाबी उपर शंका उत्पन्न भई यसमा थप परीक्षण गर्नु पर्ने भनी कोषको कार्यकारी प्रमुख वा निजले तोकेको व्यक्तिले जानकारी गराएमा वा यस कार्यविधिमा स्वास्थ्य परीक्षण समितिले गर्ने भनी तोकिएको काम गर्नको लागि सञ्चालक समितिले एउटा वा प्रदेशको कार्यक्षेत्र हेर्ने गरी एकभन्दा बढी स्वास्थ्य परीक्षण समिति गठन गर्न सक्नेछ ।

(२) स्वास्थ्य परीक्षण समितिमा देहाय बमोजिम अध्यक्ष र सदस्य रहने छन् :

- (क) समितिले तोकेको वरिष्ठ चिकित्सक – अध्यक्ष
- (ख) दफा ३१ बमोजिम तयार गरेको सूची मध्येवाट योगदानकर्ताको स्वास्थ्य समस्या अनुरूपको विषयसँग सम्बन्धित चिकित्सकहरु मध्ये समितिले तोकेको चिकित्सक एक जना - सदस्य
- (ग) कोषको मेडिकल अधिकृत वा सो भन्दा माथिल्लो तहको अधिकारी - सदस्य - सचिव

(३) उपदफा (१) र (२) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि व्यवसायजन्य रोग लागेको हो वा होइन भनी निर्व्योम गर्न तथा व्यवसायजन्य रोगको कारणबाट हुने असक्षमता प्रतिशत किटान गर्दा कोषले देहाय बमोजिमको स्वास्थ्य परीक्षण विशेष समिति गठन गर्नेछ,-

- (क) समितिले तोकेको वरिष्ठ स्वास्थ्य चिकित्सक - अध्यक्ष

²² पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

(ख) दफा ३१ बमोजिम तयार गरेको सूची मध्येबाट समितिले तोकेको सम्बन्धित विषयको एकजना विशेषज्ञ चिकित्सक - सदस्य

(ग) कोषको मेडिकल अधिकृत - सदस्य- सचिव

(४) स्वास्थ्य परीक्षण गर्नु पर्ने अवस्था उत्पन्न भएमा कार्यकारी अधिकृत वा निजले तोकेको व्यक्तिले बैठक बोलाउनु पर्नेछ ।

(५) समितिको बैठकमा सहभागी भए वापत अध्यक्ष तथा सदस्यले कोषले तोके बमोजिमको बैठक भत्ता पाउनेछन् ।

(६) स्वास्थ्य परीक्षण समिति वा विशेष समितिले आफू समक्ष प्रेषण भएको कुनै पनि व्यक्तिको स्वास्थ्य परीक्षण गरी सो सम्बन्धी निष्कर्ष सहित कोषमा जानकारी गराउनु पर्नेछ र सो को जानकारी सम्बन्धित योगदानकर्ता वा निजको हकवालालाई दिनु पर्नेछ ।

(७) उपदफा ६ बमोजिमको निर्णयमा चित्त नबुझेमा पन्ध्र दिनभित्र कोष मार्फत् स्वास्थ्य परीक्षण विशेष समिति समक्ष पुनरावेदन गर्न सकिनेछ ।

(८) समितिले आवश्यकता अनुसार सम्बन्धित विज्ञहरूलाई आमन्त्रण गर्न सक्नेछ

|

३१. चिकित्सकको सूची तयार गरिने : (१) सञ्चालक समितिले दफा ३० को प्रयोजनको लागि प्रदेश अनुसार तथा विषय विज्ञताको आधारमा देहायका चिकित्सकहरूको सूची बनाउने छ । यस्तो सूचीभित्रबाट मात्र प्रमुख कार्यकारी अधिकृतले स्वास्थ्य परीक्षण समितिमा सदस्य मनोनयन गर्नु पर्नेछ ।

(२) सञ्चालक समितिले सम्बन्धित चिकित्सकको सहमति लिई जनरल फिजिसियन, अर्थोपेडिक, शल्य चिकित्सक, गाइनोकलोजिष्ट, नाक कान घाँटी सम्बन्धी, आँखा सम्बन्धी, डेन्टल सम्बन्धी, व्यवसायजन्य सुरक्षा र स्वास्थ्य विशेषज्ञ तथा आवश्यकता अनुसार थप क्षेत्रका चिकित्सकलाई समेत सूचीमा समावेश गर्नु पर्नेछ ।

३२. स्वास्थ्य परीक्षण पुनरावेदन समितिको गठन : (१) मन्त्रालयले तोकेको देहाय बमोजिमका व्यक्ति रहेको स्वास्थ्य परीक्षण पुनरावेदन समिति गठन हुनेछ,

क. कुनै पनि विषयमा बीस वर्षभन्दा बढी अनुभव भएको वरिष्ठ चिकित्सक - अध्यक्ष

ख. पन्ध्र वर्षभन्दा बढी कामको अनुभव भएको अर्थोपेडिक विशेषज्ञ - सदस्य

ग. पन्ध्र वर्षभन्दा बढी कामको अनुभव भएको फिजिसियन विशेषज्ञ -सदस्य

- घ. पन्ध्र वर्षभन्दा बढी कामको अनुभव भएको व्यवसायजन्य रोग विशेषज्ञ -सदस्य
- ङ. पन्ध्र वर्षभन्दा बढी कामको अनुभव भएको सर्जन विशेषज्ञ -सदस्य
- (२) स्वास्थ्य परीक्षण पुनरावेदन समितिले स्वास्थ्य परीक्षण समिति वा स्वास्थ्य परीक्षण विशेष समितिले दिएको प्रतिवेदन उपर चित्त नबुझि पुनरावेदन गरेको विषयमा वा कोषले कुनै विषय निर्णय गर्न प्रेषण गरेमा सो विषयमा निर्णय गर्न तथा सो आधारमा हुने असक्षमताको प्रतिशत किटान गर्ने कार्य गर्नेछ ।
- (३) स्वास्थ्य परीक्षण पुनरावेदन समितिले आफू समक्ष प्रेषण भएको कुनै पनि विषयलाई तीन हप्ताभित्र निर्णय गर्नुपर्नेछ । यसले गरेको निर्णय कोषको कार्यकारी निर्देशकलाई हस्तान्तरण गर्नुपर्नेछ ।
- (४) समितिको बैठकमा सहभागी भए वापत अध्यक्ष तथा सदस्यले कोषले तोके बमोजिमको बैठक भत्ता पाउनेछन् ।
- (५) स्वास्थ्य परीक्षण सम्बन्धमा स्वास्थ्य परीक्षण पुनरावेदन समितिको निर्णय अन्तिम हुनेछ ।

परिच्छेद- ८ विविध

३३. खर्च र सोको लेखाङ्कन : (१) यस कार्यविधि अन्तर्गत योगदानकर्तालाई उपलब्ध गराउने सुरक्षा योजनाको सुविधा एवं कार्यविधि कार्यान्वयनका क्रममा लाग्ने अन्य रकमको आर्थिक व्ययभार सामाजिक सुरक्षा कोषबाट व्यहोरिने गरी सञ्चालक समितिले निर्णय गर्न सक्नेछ ।

(२) यस कार्यविधि अन्तर्गत भुक्तानी भएको सुविधाको अभिलेख सम्बन्धित योगदानकर्ताको अभिलेखमा गरेको योगदान र प्राप्त गरेको सुविधाको विवरण स्पष्ट खुलाई राख्नुपर्नेछ ।

३४. योजनाको स्थगन : यस सुरक्षा योजनालाई निरन्तरता दिन नसकिने भएमा वा थप सुविधा दिन नसकिने भएमा सञ्चालक समितिले जुनसुकै बेला पनि कुनै थप सुविधा वा यो सुरक्षा योजनालाई स्थगन गर्न मन्त्रालयमा सिफारिश गर्न सक्नेछ ।

२३३४क. सुविधाको निरन्तरताको लागि योगदान गर्न पाउने : निवृत्तभरण पाउने उमेर नपुगेको कुनै श्रमिकको सेवा समाप्त भएको वा एउटा सेवा समाप्त भई अर्को सेवा शुरु नभएको अवस्थामा पनि निजले सामाजिक सुरक्षा योजनामा निरन्तरता दिन चाहेमा योगदानको सम्पूर्ण रकम स्वयंले व्यहोरी योजनामा निरन्तरता दिन सक्नेछ । यसरी योगदान गर्दा योगदानको रकम कोषले तोकेको खातामा जम्मा गर्नु पर्नेछ ।

²³ पहिलो संशोधनद्वारा थप गरिएको ।

३५. आधारभूत पारिश्रमिक किटान : (१) कोषले कुनै योगदानकर्तालाई सुविधा भुक्तानी गर्दा तीन महिनाको आधारभूत पारिश्रमिकको औसत लिई मासिक आधारभूत पारिश्रमिक किटान गर्नुपर्नेछ ।
- (२) दैनिक आधारभूत पारिश्रमिक किटान गर्दा मासिक आधारभूत पारिश्रमिकलाई छव्वीसले भाग गरी हुन आउने रकमलाई दैनिक आधारभूत पारिश्रमिक मानिनेछ ।
३६. कार्यविधिमा संशोधन : यस कार्यविधिमा कुनै संशोधन गर्नुपर्ने भएमा सञ्चालक समितिको सिफारिसमा मन्त्रालयले गर्न सक्नेछ ।
३७. अन्य बीमावाट सुविधा लिन सक्ने : यस कार्यविधिमा उल्लेखित योजनाको अतिरिक्त कसैले अन्य कुनै किसिमको बीमा गरेको रहेछ भने सो वापतको बीमा दाबी गर्न यस योजनामा सहभागी भएको कुनै कुराले बाधा पर्ने छैन ।
३८. जगेडामा रकम राख्नु पर्ने : ऐनको दफा ५३ बमोजिम यस कार्यविधिमा उल्लेखित योजनाहरूको लागि कम्तीमा ६ महिना बराबरको रकम जगेडामा राख्नुपर्नेछ ।
३९. योगदान र सुविधाको दर थपघट हुन सक्ने : ऐनको दफा ३६ बमोजिम विमाङ्कीद्वारा पेश भएको प्रतिवेदनको आधारमा यस योजनाको लागि तोकिएको योगदानको दर र सुविधामा समितिले थप घट गर्न सक्नेछ ।
४०. परिवारका सदस्यलाई समेत लागू गर्न सकिने : यस योजनामा सहभागी योगदानकर्ताले यस योजना बमोजिमको सुविधामा एकाघरका सदस्यहरूलाई सहभागी गराउन चाहेमा परिवारका सदस्य संख्याको आधारमा समितिले किटान गरे बमोजिमको थप योगदान गर्नुपर्नेछ ।
४१. व्याख्या र बाधा अड्काउ फुकाउन सक्ने : यस कार्यविधिको कार्यान्वयनमा कुनै द्विविधा भएमा कोषको सञ्चालक समितिको सिफारिसमा मन्त्रालयले व्याख्या गर्न वा बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ ।

अनुसूची १
(कार्यविधिको दफा २६ को खण्ड क सँग सम्बन्धित)
औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजनाको सुविधा दावी फाराम

१. रोजगारदाताको विवरण

रोजगारदाताको नाम :			
रोजगारदाताको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. दावीकर्ता श्रमिकको व्यक्तिगत विवरण

	पहिलो	बीचको	अन्तिम
नाम/थर:			
सामाजिक सुरक्षा नं.			
बैंक खाताको विवरण :			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको ठेगाना		बैंक खाता नम्बर	

३. बिरामी भएको विवरण :

सि.	बिरामीको संक्षिप्त विवरण (रोगको प्रकार)	प्रथम पटक बिरामी परेको मिति	अस्पतालमा गराएको मिति	बिरामी पर्नुको कारण	ठीक हुन कति समय लाग्छ ? (डाक्टरको अनुसार)	यसपश्चात जाँच गर्नुपर्छ ? कति समय ?	डाक्टरको सल्लाह (आराम, उपचार, पुनर्स्थापना)
१							
२							

४. घोषणा (योगदानकर्ताको)

माथि उल्लिखित व्यहोरा ठीक साँचो हो मैले प्रचलित सामाजिक सुरक्षा अनुरूप नै सुविधा दावी गरेको छु । यदि गलत सूचना वा विवरण भेटिएमा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम सँजाय भएमा मेरो मञ्जुरी छ ।

श्रमिकको नाम :

दस्तखत :

मिति :

दाँया	बाँया

५. रोजगारदाताको तर्फबाट सिफारिस

निजलाई माथि उल्लेख गरिएबमोजिम औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम भुक्तानीको व्यवस्था गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

सिफारिस कर्ताको नाम पद :.....

टेलिफोन नं. : दस्तखत :.....

मिति :.....

६. सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने

प्रमाणित गरिएको रकम :

रकम भुक्तानी (अङ्कमा) : रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

नाम : पद/तह :

दस्तखत : मिति :

७ . चेक लिष्ट

- (क) सामाजिक सुरक्षा परिचयपत्र
- (ख) चिकित्सकले जाँच गरेको कागजात (अस्पतालले दिएको प्रमाण)
- (ग) अनुपस्थिति प्रमाण (सम्बन्धित संस्था वा रोजगारदाताद्वारा प्रदान गरिएका)
- (घ) अन्य सम्बन्धित कागजातहरू ।

द्रष्टव्य:

१. यदि दावी प्रकृयाको क्रममा सामाजिक सुरक्षा कोषका अधिकारीलाई भ्रम वा शङ्का लागे गुणस्तर जाँच तथा ठगी नियन्त्रणका लागि प्रासङ्गिक कम्पनी गई निरीक्षण गरिनेछ ।
२. दावी फाराम पूर्ण रूपमा भरिएको हुनुपर्दछ । अधुरो वा उल्लेख नगरिएका सूचनालाई कार्यान्वयन /सुविधाको दायरामा राखिने छैन ।
३. अशक्तता/अपाङ्गता भएको अवस्थामा १२ महिना अघिदेखिको तलब विवरण बुझाउनुपर्नेछ ।
४. चिकित्सकले प्रदान गर्ने प्रमाण पत्र सबकलै हुनुपर्ने र दावी गरिएको सुविधाका लागि आफ्नो अवस्था प्रष्ट रूपमा खुलाउनुपर्नेछ ।
५. यदि आफ्नो हालको अवस्थाका कारणले अन्य सुविधाहरू उपयोग गर्नुभएको छ भने आफूले उपयोग गरेका सुविधाहरूको फोटोकपी यस फारमसँग दिनुहुन अनुरोध गर्दछौं ।
६. दावी गरिएअनुसार सुविधा प्रदान गर्नका निम्ति व्यक्तिगत विवरणमा आफ्नो खाता रहेको बैंकको विवरण प्रष्ट रूपमा उल्लेख गरिदिनुहोला ।
७. नेपालमा अवस्थित कुनै पनि कम्पनी (राष्ट्रिय, अन्तराष्ट्रिय वा बहुराष्ट्रिय) मा कार्यरत विदेशीहरूको राजदूतावासले जारी गरेको फोटो सहितको परिचय पत्र रोजगारदाताले बुझाउनु पर्नेछ ।

८. बहिष्करण तथा प्रतिबन्ध

१. दुर्घटना सुविधा लिडरहँदा बिरामी सुविधा दावी गर्न पाइने छैन ।
२. सेवा अन्त्य भएका कर्मचारीहरूका लागि रोजगारदाताले छ महिना सम्म बिरामी प्रमाणीकरण गर्न सक्छन् ।
३. मानसिक/मनोरोगका लागि दावी गरे सुविधा प्रदान गरिने छैन ।

अनुसूची २

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड क सँग सम्बन्धित)
अस्पतालले कोष समक्ष पेश गर्ने दावी फारम

१. अस्पतालको विवरण :

अस्पतालको नाम :			
अस्पतालको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. चिकित्सक विवरण (चिकित्सक प्रयोजन)

उपचार गरिएको श्रमिकको नाम :.....

सामाजिक सुरक्षा नं.:.....

उपचार गर्नेको नाम :.....

अस्पताल भर्ना हुनुपर्ने कारण :

(१) दुर्घटना :

(२) प्रसूति :

(३) दुर्घटना र प्रसूति बाहेकको विरामी :

(४) Referral Case:

(५) विरामीको प्रकृति :

(६) निरन्तर जाँच गर्नुपर्ने/नपर्ने :

निरुपणको लागि सुझाव दिइएका

(क) (रोगका लक्षण) (ख) (radiology) (ग)..... (भाइरोलोजी)

(घ) (ङ) (च) (छ)

३. स्वास्थ्य लाभमा लागेको समय :-

(क) : महिनादिन.....

४. दावी गरिएको रकम :-

(क) चिकित्सकको परामर्श सेवा वापत रु.....

(ख) अस्पताल भर्ना वापत रु.....

(.....महिना.....दिनको प्रतिदिन.....का दरले)

(ग) निदान तथा परीक्षण सेवा वापतको खर्च रु.....

(घ) औषधीको बिल बमोजिमको खर्च.....

(ङ) अन्य.....

जम्मा रु.....

योगदानकर्ताले तिर्नु पर्ने रकम (कूल खर्चको २०%) : रु.....

योगदानकर्ताले तिरेको जम्मा रकम : रु

अस्पताललाई भुक्तानी बाँकी रकम : रु

५. अस्पतालको प्रतिवेदन

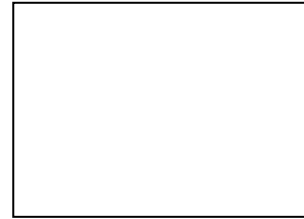
उल्लेखित योगदानकर्ता लाई यस अस्पतालले औषधी उपचार गरेको व्यहोरा ठीक साँचो छ । यस विवरण मा कुनै कुरा भुटा उल्लेख गरिएको छैन । विवरणमा कुनै कारणले फरक परेमा प्रचलित कानून बमोजिम सहुला बुझाउँला भनी सही गर्ने -

अस्पतालको आधिकारिक व्यक्तिको हस्ताक्षर:.....

नाम :.....

पद :

मिति :.....



अस्पतालको छाप

६. सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने

प्रमाणित गरिएको रकम :

रकम भुक्तानी (अङ्कमा) :

रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

नाम :

पद/तह :

दस्तखत :

मिति :

७ . चेक लिस्ट

(क) सामाजिक सुरक्षा प्रमाणपत्र

(ख) उपचार गरिएको श्रमिकको चिकित्सकले जाँच गरेको कागजात

(ग) अन्य सम्बन्धित कागजातहरू ।

अनुसूची ३

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड क सँग सम्बन्धित)

मातृत्व सुरक्षा योजनाको सुविधा दावी फारम

१. रोजगारदाताको विवरण

रोजगारदाताको नाम :			
रोजगारदाताको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. श्रमिकको व्यक्तिगत विवरण

	पहिलो	बीचको	अन्तिम
नाम/थर:			
वैवाहिक अवस्था :	विवाहित/अविवाहित/छुट्टिएर बसेका/सम्बन्ध विच्छेद/एकल महिला		
सामाजिक सुरक्षा नं.			
गर्भावस्था : सुत्केरी गराउने तोकिएको मिति (अस्पतालको चिकित्सकले तोके अनुसार)			
सन्तानको संख्या	पहिलो बच्चा (उमेर.....)	दोस्रो बच्चा (उमेर.....)	तेस्रो बच्चा (उमेर.....)
बैंक खाताको विवरण :			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको ठेगाना		बैंक खाता नम्बर	

३. जन्म/सुत्केरीको प्रकार

(क) जीवित जन्म/ मृत जन्म : (ख) गर्भ गर्भपतन :
(ग) अपरेशन/सामान्य सुत्केरी :

४. प्रसूति भएको स्थान :

(क) अस्पतालको नाम : निजी वा सरकारी

(ख) नर्सिङ होमको नाम (यदि सुत्केरी गराइएको हो भने) :

(ग) अस्पताल अथवा नर्सिङ होम बाहेकको ठाउँमा सुत्केरी गराइएको हो भने डाक्टरको नाम :

(घ) स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाले सुत्केरी गराएको भए स्वयंम सेविकाको नाम :

(ङ) अन्य भए :

५. घोषणा (योगदानकर्ताको)

माथि उल्लिखित व्यहोरा ठीक साँचो हो मैले प्रचलित सामाजिक सुरक्षा अनुरूप नै सुविधा दावी गरेको छु । यदि गलत सूचना वा विवरण भेटिएमा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम सँजाय भएमा मेरो मञ्जुरी छ ।

श्रमिकको नाम :
मिति :

दस्तखत :

दायाँ	बायाँ

६. रोजगारदाताको तर्फबाट सिफारिस

निजलाई माथि उल्लेख गरिएबमोजिम औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम भुक्तानीको व्यवस्था गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

सिफारिसकर्ताको नाम पद :

टेलिफोन नं. : दस्तखत :

मिति :

७. सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने

प्रमाणित गरिएको रकम :

रकम भुक्तानी (अङ्कमा) : रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

नाम : पद/तह :

दस्तखत : मिति :

८. चेक लिस्ट

- (क) जन्मदर्ता प्रमाणपत्र
- (ख) सामाजिक सुरक्षा परिचयपत्र
- (ग) चिकित्सकको प्रमाण पत्र (अस्पतालले दिएको प्रमाण)
- (घ) विदाको प्रमाण (कार्यालयद्वारा प्रदान गरिएको)

नोटः

१. यदी दावी प्रकृयाको क्रममा सामाजिक सुरक्षा कोषका अधिकारीलाई भ्रम वा शंका लागे गुणस्तर जाँच तथा ठगी नियन्त्रणका लागि प्रासंगिक कम्पनी गई निरीक्षण गरिनेछ ।
२. दावी फाराम पूर्ण रुपमा भरिएको हुनु पर्दछ । अधुरो वा उल्लेख नगरिएका सूचनालाई कार्यन्वयनको /सुविधाको दायरामा राखिने छैन ।
३. नेपालमा अवस्थित कुनै पनि कम्पनी (राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय वा बहुराष्ट्रिय) मा कार्यरत विदेशीहरूको राजदूतावासले जारी गरेको फोटो सहितको परिचय पत्र नियुक्तकर्ताले बुझाउनु पर्नेछ ।
४. कुनै पनि प्रकारको दावी रकम भुक्तानी गर्नका लागि व्यक्तिगत विवरणमा आफ्नो बैंक विवरण प्रष्ट रुपमा उल्लेख गर्नुपर्ने छ ।

बहिष्करण तथा प्रतिबन्ध

- १ नचाहिएको गर्भमा भ्रुण हत्याको अवस्था यो सुविधा लागु हुने छैन । यद्यपी आमाको ज्यान लाई खतरा भई गरिएको

- गर्भपतन जसलाई चिकित्सकको सल्लाह अनुसारको प्रमाण बुझाइएको खण्डमा मात्रै सुविधा दावी गर्न पाइनेछ ।
२. यदि यस अघि दुई सन्तानका लागि सुत्केरी सुविधा प्राप्त गरिसकेको अवस्थामा योजनाले तैस्रो बच्चाका लागि रकम प्रदान गर्ने छैन ।

अनुसूची ४

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ख सँग सम्बन्धित) दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजनाको सुविधा दावी फारम

१. रोजगारदाताको विवरण

रोजगारदाताको नाम :			
रोजगारदाताको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. व्यक्तिगत विवरण

(क) सामान्य विवरण:

	पहिलो	बीचको	अन्तिम
नाम/थर:			
सामाजिक सुरक्षा नं.			
बैंक खाताको विवरण :			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको ठेगाना		बैंक खाता नम्बर	

मृत्यु भएको अवस्थामा लाभग्राहीको नाम :

क्षमता : सक्रिय अपाङ्ग आश्रित र केही समय मात्र काम गर्ने

दुर्घटनापछि थोरैमा एक दिन भए पनि काममा उपस्थित हुन नसकेको : छ छैन

काममा उपस्थित भएको अन्तिम मिति :काममा फर्किएको मिति : काममा निवेदन नगरेको मितिसम्म उपस्थित भएको : छ छैन

(ग) पारिवारिक विवरण: के तपाईं परिवारको सदस्यमध्ये कसैलाई तल उल्लेखित रोग लागेको अथवा सो बाट मृत्यु भएको छ? चिन्ह लगाउनुहोस्:

क्यान्सर हृदयघात उच्च रक्तचाप मधुमेह एच.आइ.भी. एड्स

(घ) प्रत्यक्षदर्शी : दुर्घटनाको समयमा घटना स्थलमा उपस्थित व्यक्तिको नाम उल्लेख गरिदिनुहोला ।

प्रत्यक्षदर्शीको नाम :

३. चोटपटक वा बिरामीको विवरण (श्रमिकको तर्फबाट भर्ने):

क) समय विवरण (Time Component):

सि. नं	चोट लागेको वा विरामी भएको		काम गर्ने समय/सिफ्ट	रोजगारदातालाई खबर गरेको मिति	पछिल्लो पटक काम गरेको मिति	काममा फर्किएको मिति	चोट लागेको समयवाध	बिदाको प्रयोग गरेको भए मिति देखि-सम्म	हिसाबको लागि दिन वा महिनाको प्रयोग
	मिति	समय							

ख) अस्पताल भर्ना विवरण (चिकित्सकको प्रयोजनका लागि)

अस्पतालमा भर्ना गरिएको हो होइन

विरामीलाई आकस्मिक भर्ना गरिएको हो होइन

अस्पतालको नाम : ठेगाना : टेलिफोन नं. : फ्याक्स नं. : इमेल :

घाइते हुनाको/चोटको वा विरामी पर्नाको कारण :

(ग) चोट विवरण (चिकित्सकको प्रयोजनका लागि)

१. घटना भएको व्यक्तिले काम गर्न शुरु गरेको समय :

२. चोटको प्रकार/गम्भीरता :

३. चोट/घटना भएको स्थान : कार्यालय परिसर..... कार्यालय परिसर बाहिर

४. घटना/चोट/विरामी पर्नाको कारण :

५. (दुर्घटनाको समयमा) श्रमिकले चलाएका सम्पूर्ण उपकरण, सामग्री वा रसायनहरू :

६. (दुर्घटना हुँदा)श्रमिकले गरिरहेको काम :

७. दुर्घटना कसरी र कुन वस्तुले गर्दा भएको हो वा रोग पैदा हुनाका कारण क्रमबद्ध रूपमा व्याख्या गर्नुहोस् ।
:.....

८. श्रमिकले अहिलेको अवस्था : सेवामा कार्यरत अस्पतालमा, (एम्बुलेन्स वा कार्यालयको सवारी साधनमा ल्याइएको, विरामी भै आरममा

९. चोट वा घाउको वा रोगको अवस्था : घातक गम्भीर सामान्य

१०. चोट लागेको शरीरको भाग :

यदि योगदानकर्ताको मृत्यु भएको हो भने, मृत्यु भएको समय र मिति प्रष्ट उल्लेख गर्नुहोला ।

४. घोषणा (योगदानकर्ताको)

माथि उल्लिखित व्यहोरा ठीक साँचो हो मैले प्रचलित सामाजिक सुरक्षा अनुरूप नै सुविधा दावी गरेको छु । यदि गलत सूचना वा विवरण भेटिएमा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम सँजाय भएमा मेरो मञ्जुरी छ ।

श्रमिकको नाम :
मिति :

दस्तखत :

दाँया	बाँया

५. रोजगारदाताको तर्फबाट सिफारिस

निजलाई माथि उल्लेख गरिएबमोजिम औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम भुक्तानीको व्यवस्था गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

सिफारिसकर्ताको नाम पद :

टेलिफोन नं. : दस्तखत :

मिति :

६. सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने :

प्रमाणित गरिएको रकम :

रकम भुक्तानी (अंकमा) :

रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

रकम जम्मा भएको बैंक खाता नं.:

बैंकको नाम ठेगाना:

नाम :

पद/तह :

दस्तखत :

मिति :

७. चेक लिस्ट

सामाजिक सुरक्षा परिचयपत्र

चिकित्सकले जाँच गरेको कागजात (अस्पतालले दिएको प्रमाण)

अनुपस्थिति प्रमाण (सम्बन्धित संस्था वा रोजगारदाताद्वारा प्रदान गरिएको)

योगदानकर्ता कार्यालयमा जाँदा र फर्कँदा दुर्घटनामा परी घाइते भएको अवस्थामा दुर्घटनाको स्थलगत सर्जिमिन मुचुल्का र प्रहरी प्रतिवेदन ।

योगदानकर्ता दुर्घटनामा परी सोही कारणले मृत्यु भएमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र, पोष्टमार्टम प्रतिवेदन, स्थानीय निकायको सिफारिस, हकवाला भएमा नाता प्रमाणित, स्थलगत सर्जिमिन मुचुल्का र प्रहरी प्रतिवेदन ।

द्रष्टव्य:

१. यदी दावी प्रक्याको क्रममा सामाजिक सुरक्षा कोषका अधिकारीलाई शङ्का लागे प्रमाणको जाँच वा ठगी नियन्त्रणका लागि सम्बन्धित कम्पनीमा गई निरीक्षण र प्रमाणको रुजुभिडान गरिनेछ ।

२. दावी फाराम पूर्ण रूपमा भरिएको हुनुपर्दछ ।

३. अस्पताल र चिकित्सकद्वारा प्रदत्त कागजात सक्कलै हुनुपर्ने र दावी गरिएको सुविधाका लागि आफ्नो अवस्था प्रष्ट रूपमा खुलाउनुपर्नेछ ।

४. यदि दावीकर्ताको हालको अवस्थाका कारणले अन्य सुविधाहरू उपयोग भएको छ भने उपयोग गरेका सुविधासँग सम्बन्धित कागजातको फोटोकपी यस फारमसँग संलग्न गर्नुपर्नेछ ।
५. दावी गरिएअनुसार सुविधा प्राप्त गर्नका निम्ति व्यक्तिगत विवरणमा दावीकर्ताको खाता रहेको बैंकको विवरण प्रष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।
६. योजनाका सुविधाहरू भनेको योगदानकर्ताका लागि अतिरिक्त सुविधाहरू भएको हुँदा, यो अधिकार होइन ।
७. दावीकर्तालाई अनुदान सुविधा प्रदान गर्ने नगर्ने निर्णयको अधिकार सामाजिक सुरक्षा कोषलाई हुनेछ ।
८. नेपालमा अवस्थित राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय वा बहुराष्ट्रिय कम्पनीमा कार्यरत गैरनेपाली नागरिक दावीकर्ता भएमा सम्बन्धित देश वा राजदूतावासले जारी गरेको फोटो सहितको परिचयपत्र नियुक्तकर्ताले बुझाउनुपर्नेछ ।

अशक्तताको तोकिएको परिमाण

क्र.सं. चोटपटकको विवरण	अशक्तको प्रतिशतमा
१. दुईवटा अवयवको क्षति भएमा	१००
२. दुवै हात वा हत्केलासमेत सबै औंलाहरूको क्षति भएमा	१००
३. दृष्टि पूरै क्षति भएमा	१००
४. पूर्ण पक्षघात भएमा	१००
५. चोटपटकको कारणबाट स्थायी रूपमा थलापरेमा	१००
६. एक आँखे व्यक्तिको अर्को आँखा पनि क्षति भएमा	१००
७. एकमात्र बाहु भएको व्यक्तिको अर्को बाहु पनि क्षति भएमा	१००
८. एउटामात्र गोडा भएको व्यक्तिको अर्को गोडा पनि क्षति भएमा	१००
९. एउटा हात तथा एक खुट्टाको क्षति भएमा	१००
१०. कुनै अरू चोटपटकको कारणबाट स्थायी र पूर्ण अशक्तता भएमा	१००
११. पूर्ण रूपले बहिरो भएमा	७०

कुनै एक बाहुको विच्छेदन भएको अवस्था

१२. स्कन्ध-सन्धिको विच्छेदन भएमा	८०
१३. काँध र कुहिनोबीचबाट बाहु विच्छेदन भएमा	७०
१४. कुहनाबाट बाहुको क्षति भएमा	७०
१५. कुहना र नाडीको बीचबाट बाहुको क्षति भएमा	७०
१६. नाडीबाट हातको क्षति भएमा	६०
१७. एउटा हातका चारै औंला तथा बुढी औंलासमेत क्षति भएमा	६०
१८. एउटा हातको बुढी औंला बाहेक अरू चारैवटा औंलाहरूको क्षति भएमा	४०
१९. बुढी औंलाका दुईवटा पंक्ति-अस्थि क्षति भएमा	३०
२०. बुढी औंलाको एक पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	२०
२१. चोर औंलाका तीनवटै पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	१४
२२. चोर औंलाका दुईवटा पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	११
२३. चोर औंलाका एकवटा पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	९
२४. माझी औंलाका तीनवटै पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	१२
२५. माझी औंलाका दुईवटा पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	९
२६. माझी औंलाका एकवटा पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	७
२७. साहिली वा कान्छी औंलाका तीनवटै पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	७
२८. साहिली वा कान्छी औंलाका दुईवटा पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	६
२९. साहिली वा कान्छी औंलाका एकवटा पंक्ति अस्थि क्षति भएमा	५
३०. पहिलो वा दोस्रो करभ-अस्थिको थप क्षति भएमा	५

३१. तेश्रो चौथो वा पाँचौं करभ-अस्थिको थप क्षति भएमा ४

कुनै एक वा दुवै गोडाहरूको विच्छेदन भएको अवस्था

३२.	दुवै जंघा माफ्वाट विच्छेदित भएमा वा एकातिर जंघाको बीचबाट गोडा विच्छेदित भै अर्को तिरको खुट्टाको क्षति भएमा वा दुवै घुँडाभन्दा मुनिबाट अंग विच्छेदित भएमा	१००
३३.	दुवै घुँडाको ५ इन्च तलबाट गोडा विच्छेदित भएमा	१००
३४.	एक घुँडाको ५ इन्च तलबाट गोडा विच्छेदित भै अर्को खुट्टाको क्षति भएमा	१००
३५.	दुवै खुट्टाको विच्छेदन भै टेक्न सक्ने ठुटामात्र बाँकी रहेमा	१००
३६.	दुवै खुट्टाको प्रपद र पंक्ति अस्थिवीचको सन्धिको माथिल्लो सानिध्यबाट विच्छेदन भएमा	९०
३७.	दुवै खुट्टाको प्रपद र पंक्ति अस्थिवीचको सन्धिबाट तल सबै औलाहरू क्षति भएमा	८०
३८.	दुवै खुट्टाका सबै औलाहरूको माथिल्लो अन्तर पंत्यास्थि सन्धिको माथिबाट क्षति भएमा	४०
३९.	दुवै खुट्टाको सबै औलाको माथिल्लो अन्तर पंत्यास्थि सन्धिबाट तल पट्टिमात्र क्षति भएमा	२०
४०.	कटि-सन्धिको मध्यबाट विच्छेदन भएमा	९०
४१.	कटि सन्धिभन्दा तल तर बाँकी तिघ्राको ठुटो ठूलो ट्रोक्यान्टर अस्थिबाट ५ इन्च भन्दा छोटो रही विच्छेदन भएमा	८०
४२.	कटि सन्धिभन्दा तल तर बाँकी तिघ्राको ठुटो ठूलो ट्रोक्यान्टर अस्थिबाट ५ इन्च भन्दा बढी तर तिघ्राको माफ्भन्दा तल नपुग्दै बाँकी रहन गई गोडा विच्छेदन भएमा	७०
४३.	जंघाको माफ्वाट तलदेखि घुँडाबाट ३.५ इन्च तलमा नबढाई यो बीचबाट विच्छेदन भएमा	६०
४४.	घुँडाभन्दा तल गोडा विच्छेदन भै ठुटो घुँडाबाट ३.५ इन्च देखि ५ इन्च को बीचको लम्बाईको रहन गएमा	५०
४५.	घुँडाभन्दा तल गोडा विच्छेदन भै ठुटो घुँडाबाट तल ५ इन्च भन्दा लामो रहन गएमा	४०
४६.	एउटा खुट्टाको पूर्ण विच्छेदन भै केवल टेक्न सक्ने ठुटोमात्र रहन गएमा	४०
४७.	एउटा खुट्टाको मात्र प्रपद र पंक्ति अस्थिको सन्धिको माथिल्लो सानिध्यबाट विच्छेदन भएमा	४०
४८.	एउटा खुट्टाका सबै औलाहरू अन्तर पंत्यास्थि सन्धिको माथिल्लो सानिध्यबाट वा प्रपद पंक्ति अस्थिको सन्धिको माफ्वाट क्षति भएमा	२०
४९.	खुट्टाको बुढी औलाका दुवै पंत्यास्थि क्षति भएमा	१०
५०.	खुट्टाको बुढी औलाका एक पंत्यास्थि क्षति भएमा	५
५१.	खुट्टाको बुढी औलाका केही भागमात्र तर हड्डीसमेत क्षति भएमा	३
५२.	खुट्टाको बुढी औलाबाहेक अरू कुनै औलाको क्षति भएमा	३ (प्रत्येक)
५३.	खुट्टाको बुढी औलाबाहेक अरू कुनै औलाको एक भाग हड्डीसमेत क्षति भएमा	१

अन्य विशेष चोटपटकहरू

५४.	एक आँखा सामान्य स्थितिमा रहँदारहँदै अर्को आँखामा कुनै जटिलता बेगर हुन गएको क्षतिमा	४०
५५.	एक आँखाको दृष्टि ठीक हुँदाहुँदै अर्को आँखाको दृष्टि शक्ति आँखाको गेडीको कुनै जटिलता वा विरूपता बेगर लोप हुन गएमा	३०
५६.	एक कानको श्रवण शक्तिको क्षति भएमा	२०

चोटपटक पश्चात् अवयव तथा सन्धिहरूमा उत्पन्न हुने पूर्ण-दृढता

५७.	पृष्ठास्थि	३०
५८.	स्कन्ध सन्धि	४०
५९.	कुहना	३०
६०.	नाडी	३०
६१.	माथिल्लो र तल्लो रेडियो अल्नर सन्धि	३०
६२.	हातको बुढी औला (पहिलो करभ-पंत्यास्थि सन्धि)	६३
६३.	हातको बुढी औलाबाहेक अरू कुनै एक औलाको एक सन्धि	३
६४.	हातको बुढी औलाबाहेक अरू कुनै एक औलाका सबै सन्धिहरू	१०
६५.	हातको बुढी औलासमेत सबै औलाका सबै सन्धिहरू	४०

६६. कटि सन्धि	४०
६७. घुँडा	१९
६८. गुल्फ सन्धि	१९
६९. टेलस हड्डी मुनिका सन्धिहरू	१९
७०. खुट्टाको बुढी औला (पहिलो प्रपद-पंत्यास्थि सन्धि)	१९
७१. खुट्टाको बुढी औला बाहेक खुट्टाका अरू औलाका सन्धिहरू	१०
चोटपटक पश्चात हुने अवयवहरू वा शरीरको कुनै भाग मात्रको पक्षाघात	
७२. मेरुदण्डको चोटपटकबाट हुने पूर्ण पक्षाघात	१००

निम्न अंगको पूर्ण स्तम्भता

७३. भुजग स्नायु पुन्ज (ब्रेकियल प्लेक्सस)	७०
७४. रेडियल स्नायु	५०
७५. मिडियल स्नायु	४०
७६. अल्नर स्नायु	४०
७७. जंघा स्नायु (सियाटिक नर्व)	७०
७८. भित्री पप्लिटियल स्नायु	४०
७९. बाहिरी पप्लिटियल स्नायु	३०

माथि उल्लेख नभएका अन्य अशक्तताको परिमाण यसै अनुसूचीमा परेका उस्तै प्रकारका अवस्थालाई आधार मानी गरिनेछ ।

शब्दार्थ

१. डिग्री	- परिमाण	१५. मेटाटार्सोफेलोन्जियल ज्वाइन्ट	- प्रपद र
२. डिजेवलमेन्ट	-	पंक्ति-अस्थिवीचको सन्धि	
अशक्तता		१६. मेटाकार्पोफेलोन्जियल ज्वाइन्ट	- करभ-
३. लिम्ब	- अवयव	पंत्यास्थि सन्धि	
४. लस	- क्षति	१७. इन्टरफेलोन्जियल ज्वाइन्ट	- अन्तर
५. साइट	- दृष्टि	पंत्यास्थि सन्धि	
६. प्यारालिसिस	-	१८. डिस्टल	- तल्लो
पक्षाघात, स्तम्भता		१९. प्रोक्सिमल	- माथिल्लो
७. आर्म	- बाहु	२०. एण्ड वियरिङ्ग	- टेक्न
८. लेग	- गोडा	सक्नेमात्र	
९. फुट	- खुट्टा	२१. स्पाइन	- पृष्ठास्थि
१०. एम्पुटेशन	- विच्छेदन	२२. एकल	- गुल्फ
११. सोल्डर ज्वाइन्ट	- स्कन्ध-	सन्धि	
सन्धि		२३. स्पाइनल कर्ड	- मेरुदण्ड
१२. फ्याल्याङ्कस्	- पंक्ति-	२४. मिडियल	- भित्री
अस्थि		२५. लेटरल	- बाहिरी
१३. मेटाकार्पल	- करभ-	२६. हिप ज्वाइन्ट	- कटि
अस्थि		सन्धि	
१४. स्टम्प	- टूटो		

अनुसूची ५
(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ग सँग सम्बन्धित)
दुर्घटना सुरक्षा योजना (व्यवसायजन्य रोग) को सुविधा दावी फारम

१. रोजगारदाताको विवरण :

रोजगारदाताको नाम :			
रोजगारदाताको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. व्यक्तिगत विवरण

(क) सामान्य विवरण :

	पहिलो	बीचको	अन्तिम
नाम/थर:			
सामाजिक सुरक्षा नं.			
रोजगारी अन्त्य भएको मिति			
बैंक खाताको विवरण :			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको ठेगाना		बैंक खाता नम्बर	

(ग) पारिवारिक विवरण: के तपाईं परिवारको सदस्यमध्ये कसैलाई तल उल्लेखित रोग लागेको अथवा सो बाट मृत्यु भएको छ? चिन्ह लगाउनुहोस्:

क्यान्सर हृदयघात उच्च रक्तचाप मधुमेह एच.आइ. भी. एड्स

३. बिरामीको विवरण (श्रमिकको तर्फबाट भर्ने):

क) समय विवरण (Time Component):

नियुक्ति मिति
रोजगार अन्त्य भएको मिति
सेवा अवधि
पद
कामको प्रकृति

ख) अस्पताल भर्ना वितरण (चिकित्सकको प्रयोजनका लागि)

अस्पतालमा भर्ना गरिएको हो होइन

बिरामीलाई आकस्मिक भर्ना गरिएको हो होइन

अस्पतालको नाम : ठेगाना : टेलिफोन नं. : फ्याक्स नं. :
इमेल :

बिरामी पर्नाको कारण :

(ग) व्यवसायजन्य रोगको विवरण (चिकित्सकको प्रयोजनका लागि)

१. रोगको प्रकार :

२. रोगको अवस्था : घातक गम्भीर सामान्य

३. चोट लागेको शरीरको भाग :

यदि योगदानकर्ताको मृत्यु भएको हो भने, मृत्यु भएको समय र मिति प्रष्ट उल्लेख गर्नुहोला ।

४. घोषणा (योगदानकर्ताको)

माथि उल्लिखित व्यहोरा ठीक साँचो हो मैले प्रचलित सामाजिक सुरक्षा अनुरूप नै सुविधा दावी गरेको छु । यदि गलत सूचना वा विवरण भेटिएमा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम सँजाय भएमा मेरो मञ्जुरी छ ।

श्रमिकको नाम :

दस्तखत :

मिति :

दाँया	बाँया

५. रोजगारदाताको तर्फबाट सिफारिस

निजलाई माथि उल्लेख गरिएबमोजिम औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम भुक्तानीको व्यवस्था गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

सिफारिस कर्ताको नाम

पद :

टेलिफोन नं. :

दस्तखत :

मिति :

सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने :

प्रमाणित गरिएको रकम :

रकम भुक्तानी (अङ्कमा) :

रकम जम्मा भएको बैङ्क खाता नं.:

नाम :

दस्तखत :

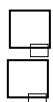
रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

बैङ्कको नाम ठेगाना:

पद/तह :

मिति :

६. चेक लिस्ट :



सामाजिक सुरक्षा कोषबाट जारी परिचयपत्र

नागरिकताको प्रमाणपत्र वा कार्यालयको परिचयपत्र

- चिकित्सकले जाँच गरेको कागजात (अस्पतालले दिएको प्रमाण)
- अनुपस्थिति प्रमाण (सम्बन्धित संस्था वा रोजगारदाताद्वारा प्रदान गरिएको)
- योगदानकर्ता कार्यालयमा जाँदा र फर्कदा दुर्घटनामा परी घाइते भएको अवस्थामा दुर्घटनाको स्थलगत सर्जिमिन मुचुल्का र प्रहरी प्रतिवेदन ।
- योगदानकर्ता दुर्घटनामा परी सोही कारणले मृत्यु भएमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र, पोष्टमार्टम प्रतिवेदन, स्थानीय निकायको सिफारिस, हकवाला भएमा नाता प्रमाणित, स्थलगत सर्जिमिन मुचुल्का र प्रहरी प्रतिवेदन ।
- अस्पतालको वेड चार्जको बिल थान रोग निदानको (Diagnosis Pathology) र यस्तै परीक्षणको खर्च बिल थान शल्यक्रियाको बिल थान चिकित्सक परामर्शको बिल थान ।

द्रष्टव्य:

१. यदि दावी प्रकृयाको क्रममा सामाजिक सुरक्षा कोषका अधिकारीलाई शङ्का लागे प्रमाणको जाँच वा ठगी नियन्त्रणका लागि सम्बन्धित कम्पनीमा गई निरीक्षण र प्रमाणको रुजु भिडान गरिनेछ ।
२. दावी फाराम पूर्ण रूपमा भरिएको हुनुपर्दछ ।
३. अस्पताल र चिकित्सकद्वारा प्रदत्त कागजात सक्कलै हुनुपर्ने र दावी गरिएको सुविधाका लागि आफ्नो अवस्था प्रष्ट रूपमा खुलाउनुपर्नेछ ।
४. यदि दावीकर्ताको हालको अवस्थाका कारणले अन्य सुविधाहरू उपयोग भएको छ भने उपयोग गरेका सुविधासँग सम्बन्धित कागजातको फोटोकपी यस फारमसँग संलग्न गर्नुपर्नेछ ।
५. दावी गरिए अनुसार सुविधा प्राप्त गर्नका निम्ति व्यक्तिगत विवरणमा दावीकर्ताको खाता रहेको बैङ्कको विवरण प्रष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।
६. योजनाका सुविधाहरू भनेको योगदानकर्ताका लागि अतिरिक्त सुविधाहरू भएको हुँदा, यो अधिकार होइन ।
७. दावीकर्तालाई अनुदान सुविधा प्रदान गर्ने नगर्ने निर्णयको अधिकार सामाजिक सुरक्षा कोषलाई हुनेछ ।
८. नेपालमा अवस्थित राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय वा बहुराष्ट्रिय कम्पनीमा कार्यरत गैरनेपाली नागरिक दावीकर्ता भएमा सम्बन्धित देश वा राजदूतावासले जारी गरेको फोटो सहितको परिचयपत्र नियुक्तकर्ताले बुझाउनुपर्नेछ ।

व्यवसायजन्य रोगका सूची (List of Occupational Diseases)

1. Occupational diseases caused by exposure to agents arising from work activities

1.1. Diseases caused by chemical agents

- 1.1.1. Diseases caused by beryllium or its compounds
- 1.1.2. Diseases caused by cadmium or its compounds
- 1.1.3. Diseases caused by phosphorus or its compounds
- 1.1.4. Diseases caused by chromium or its compounds
- 1.1.5. Diseases caused by manganese or its compounds
- 1.1.6. Diseases caused by arsenic or its compounds
- 1.1.7. Diseases caused by mercury or its compounds
- 1.1.8. Diseases caused by lead or its compounds
- 1.1.9. Diseases caused by fluorine or its compounds
- 1.1.10. Diseases caused by carbon disulfide
- 1.1.11. Diseases caused by halogen derivatives of aliphatic or aromatic hydrocarbons
- 1.1.12. Diseases caused by benzene or its homologues
- 1.1.13. Diseases caused by nitro- and amino-derivatives of benzene or its homologues
- 1.1.14. Diseases caused by nitroglycerine or other nitric acid esters
- 1.1.15. Diseases caused by alcohols, glycols or ketones
- 1.1.16. Diseases caused by asphyxiants like carbon monoxide, hydrogen sulfide, hydrogen cyanide or its derivatives
- 1.1.17. Diseases caused by acrylonitrile
- 1.1.18. Diseases caused by oxides of nitrogen
- 1.1.19. Diseases caused by vanadium or its compounds
- 1.1.20. Diseases caused by antimony or its compounds
- 1.1.21. Diseases caused by hexane
- 1.1.22. Diseases caused by mineral acids
- 1.1.23. Diseases caused by pharmaceutical agents
- 1.1.24. Diseases caused by nickel or its compounds
- 1.1.25. Diseases caused by thallium or its compounds
- 1.1.26. Diseases caused by osmium or its compounds
- 1.1.27. Diseases caused by selenium or its compounds
- 1.1.28. Diseases caused by copper or its compounds
- 1.1.29. Diseases caused by platinum or its compounds
- 1.1.30. Diseases caused by tin or its compounds
- 1.1.31. Diseases caused by zinc or its compounds
- 1.1.32. Diseases caused by phosgene
- 1.1.33. Diseases caused by corneal irritants like benzoquinone
- 1.1.34. Diseases caused by ammonia
- 1.1.35. Diseases caused by isocyanates
- 1.1.36. Diseases caused by pesticides
- 1.1.37. Diseases caused by sulphur oxides
- 1.1.38. Diseases caused by organic solvents
- 1.1.39. Diseases caused by latex or latex-containing products
- 1.1.40. Diseases caused by chlorine
- 1.1.41. Diseases caused by other chemical agents at work not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to these chemical agents arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker

¹In the application of this list the degree and type of exposure and the work or occupation involving a particular risk of exposure should be taken into account when appropriate.

1.2. Diseases caused by physical agents

- 1.2.1. Hearing impairment caused by noise
- 1.2.2. Diseases caused by vibration (disorders of muscles, tendons, bones, joints, peripheral blood vessels or peripheral nerves)
- 1.2.3. Diseases caused by compressed or decompressed air
- 1.2.4. Diseases caused by ionizing radiations
- 1.2.5. Diseases caused by optical (ultraviolet, visible light, infrared) radiations including laser
- 1.2.6. Diseases caused by exposure to extreme temperatures
- 1.2.7. Diseases caused by other physical agents at work not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to these physical agents arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker

1.3. Biological agents and infectious or parasitic diseases

- 1.3.1. Brucellosis
- 1.3.2. Hepatitis viruses
- 1.3.3. Human immunodeficiency virus (HIV)
- 1.3.4. Tetanus
- 1.3.5. Tuberculosis
- 1.3.6. Toxic or inflammatory syndromes associated with bacterial or fungal contaminants
- 1.3.7. Anthrax
- 1.3.8. Leptospirosis
- 1.3.9. Diseases caused by other biological agents at work not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to these biological agents arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker

2. Occupational diseases by target organ systems

2.1. Respiratory diseases

- 2.1.1. Pneumoconioses caused by fibrogenic mineral dust (silicosis, anthraco-silicosis, asbestosis)
- 2.1.2. Silicotuberculosis
- 2.1.3. Pneumoconioses caused by non-fibrogenic mineral dust
- 2.1.4. Siderosis
- 2.1.5. Bronchopulmonary diseases caused by hard-metal dust
- 2.1.6. Bronchopulmonary diseases caused by dust of cotton (byssinosis), flax, hemp, sisal or sugar cane (bagassosis)
- 2.1.7. Asthma caused by recognized sensitizing agents or irritants inherent to the work process
- 2.1.8. Extrinsic allergic alveolitis caused by the inhalation of organic dusts or microbially contaminated aerosols, arising from work activities
- 2.1.9. Chronic obstructive pulmonary diseases caused by inhalation of coal dust, dust from stone quarries, wood dust, dust from cereals and agricultural work, dust in animal stables, dust from textiles, and paper dust, arising from work activities
- 2.1.10. Diseases of the lung caused by aluminium
- 2.1.11. Upper airways disorders caused by recognized sensitizing agents or irritants inherent to the work process
- 2.1.12. Other respiratory diseases not mentioned in the preceding items where a direct link is

established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker

2.2. Skin diseases

- 2.2.1. Allergic contact dermatoses and contact urticaria caused by other recognized allergyprovoking agents arising from work activities not included in other items
- 2.2.2. Irritant contact dermatoses caused by other recognized irritant agents arising from work activities not included in other items
- 2.2.3. Vitiligo caused by other recognized agents arising from work activities not included in other items
- 2.2.4. Other skin diseases caused by physical, chemical or biological agents at work not included under other items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the skin disease(s) contracted by the worker

2.3. Musculoskeletal disorders

- 2.3.1. Radial styloid tenosynovitis due to repetitive movements, forceful exertions and extreme postures of the wrist
- 2.3.2. Chronic tenosynovitis of hand and wrist due to repetitive movements, forceful exertions and extreme postures of the wrist
- 2.3.3. Olecranon bursitis due to prolonged pressure of the elbow region
- 2.3.4. Prepatellar bursitis due to prolonged stay in kneeling position
- 2.3.5. Epicondylitis due to repetitive forceful work
- 2.3.6. Meniscus lesions following extended periods of work in a kneeling or squatting position
- 2.3.7. Carpal tunnel syndrome due to extended periods of repetitive forceful work, work involving vibration, extreme postures of the wrist, or a combination of the three
- 2.3.8. Other musculoskeletal disorders not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the musculoskeletal disorder(s) contracted by the worker

2.4. Mental and behavioural disorders

- 2.4.1. Post-traumatic stress disorder
- 2.4.2. Other mental or behavioural disorders not mentioned in the preceding item where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the mental and behavioural disorder(s) contracted by the worker

3. Occupational cancer

3.1. Cancer caused by the following agents

- 3.1.1. Asbestos
- 3.1.2. Benzidine and its salts
- 3.1.3. Bis-chloromethyl ether (BCME)
- 3.1.4. Chromium VI compounds
- 3.1.5. Coal tars, coal tar pitches or soots
- 3.1.6. Beta-naphthylamine
- 3.1.7. Vinyl chloride
- 3.1.8. Benzene
- 3.1.9. Toxic nitro- and amino-derivatives of benzene or its homologues
- 3.1.10. Ionizing radiations

- 3.1.11. Tar, pitch, bitumen, mineral oil, anthracite, or the compounds, products or residues of these substances
- 3.1.12. Coke oven emissions
- 3.1.13. Nickel compounds
- 3.1.14. Wood dust
- 3.1.15. Arsenic and its compounds
- 3.1.16. Beryllium and its compounds
- 3.1.17. Cadmium and its compounds
- 3.1.18. Erionite
- 3.1.19. Ethylene oxide
- 3.1.20. Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV)
- 3.1.21. Cancers caused by other agents at work not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to these agents arising from work activities and the cancer(s) contracted by the worker

4. Other diseases

- 4.1. Miners' nystagmus
- 4.2. Other specific diseases caused by occupations or processes not mentioned in this list where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker

अनुसूची ६
(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड घ सँग सम्बन्धित)
आश्रित परिवार सुरक्षा योजनाको सुविधा दावी फाराम

१. रोजगारदाताको विवरण :

रोजगारदाताको नाम :			
रोजगारदाताको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा./न.पा./उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. श्रमिकको व्यक्तिगत विवरण

	पहिलो	बीचको	अन्तिम
नाम/थर:			
श्रीमान्/श्रीमतीको नाम/ थर			
बाबुको नाम थर			
आमाको नाम थर			
छोरा छोरीको संख्या:			
छोरा छोरीको नाम थर			
हेरचाहमा संलग्न व्यक्तिको नाम थर			
सामाजिक सुरक्षा नं.			
बैंक खाताको विवरण :			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको ठेगाना		बैंक खाता नम्बर	

३. पूर्ण स्थायी असक्षमताको विवरण

- (क) पूर्ण स्थायी असक्षमताको प्रकार:
- (ख) पूर्ण स्थायी असक्षमता प्रमाणित भएको मिति :
- (ग) पूर्ण स्थायी असक्षमता हुनुको कारण :

४. मृतक योगदानकर्ताको विवरण:

- (क) योगदानकर्ताको मृत्यु भएको मिति
- (ख) मृत्युको कारण

(ग) मृतकको आश्रित व्यक्तिसँगको नाता

५. सन्तति शिक्षावृत्तिको विवरण

(क) १८ वर्ष नपुगेको सन्ततिको संख्या

६. घोषणा (योगदानकर्ताको)

माथि उल्लिखित व्यहोरा ठीक साँचो हो मैले प्रचलित सामाजिक सुरक्षा अनुरूप नै सुविधा दावी गरेको छु । यदि गलत सूचना वा विवरण भेटिएमा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम सँजाय भएमा मेरो मञ्जुरी छ ।

श्रमिकको नाम :

दस्तखत :

मिति :

दाँया	बाँया

७. रोजगारदाताको तर्फबाट सिफारिस

निजलाई माथि उल्लेख गरिएबमोजिम औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम भुक्तानीको व्यवस्था गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

सिफारिसकर्ताको नाम

पद :

टेलिफोन नं. :

दस्तखत :

मिति :

८. सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने :

प्रमाणित गरिएको रकम :

(क) पूर्ण स्थायी असक्षमताको अवस्था (श्रीमान्/श्रीमती/हेरचाहमा संलग्न व्यक्ति) को लागि

(ख) श्रमिकको मृत्यु भएकोमा :

(१) श्रीमान् वा श्रीमतीले प्राप्त गर्ने:

(२) बाबु/आमा/दुवैले प्राप्त गर्ने :

(३) सन्तति शिक्षावृत्ति मार्फत प्राप्त गर्ने :

कुल रकम भुक्तानी (अंकमा) :

कुल रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

नाम :

पद/तह :

दस्तखत :

मिति :

९. चेक लिष्ट :

(क) मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र,

- (ख) सामाजिक सुरक्षा परिचयपत्र,
- (ग) चिकित्सकको प्रमाण पत्र (अस्पतालले दिएको प्रमाण),
- (घ) विदाको प्रमाण (कार्यालयद्वारा प्रदान गरिएको),
- (ङ) नाता प्रमाणित गर्ने कागजात,
- (च) स्वयम उपस्थित हुन नसकेमा वारेशनामा ।

नोटः

१. यदी दावी प्रक्याको क्रममा सामाजिक सुरक्षा कोषका अधिकारीलाई भ्रम वा शंका लागे गुणस्तर जाँच तथा ठगी नियन्त्रणका लागि प्रासंगिक कम्पनी गई निरीक्षण गरिने छ ।
२. दावी फाराम पूर्ण रुपमा भरिएको हुनु पर्दछ । अधुरो वा उल्लेख नगरिएका सूचनालाई कार्यन्वयनको /सुविधाको दायरामा राखिने छैन ।
३. नेपालमा अवस्थित कुनै पनि कम्पनी (राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय वा बहुराष्ट्रिय) मा कार्यरत विदेशीहरूको राजदूतावासले जारी गरेको फोटो सहितको परिचय पत्र नियुक्तकर्ताले बुझाउनु पर्ने छ ।
४. कुनै पनि प्रकारको दावी रकम भुक्तानी गर्नका लागि व्यक्तिगत विवरणमा आफ्नो बैंक विवरण प्रष्ट रुपमा उल्लेख गर्नुपर्ने छ ।

बहिष्करण तथा प्रतिबन्ध :

- १ नचाहिएको गर्भमा भूर्ण हत्याको अवस्था यो सुविधा लागु हुने छैन । यद्यपी आमाको ज्यान लाई खतरा भई गरिएको गर्भपतन जसलाई चिकित्सकको सल्लाह अनुसारको प्रमाण बुझाइएको खण्डमा मात्रै सुविधा दावी गर्न पाइने छ ।
२. यदि यस अघि दुई सन्तानका लागि सुत्केरी सुविधा प्राप्त गरिसकेको अवस्थामा योजनाले तेस्रो बच्चाका लागि रकम प्रदान गर्ने छैन ।

अनुसुची ७

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड घ सँग सम्बन्धित)
अन्तिम संस्कार खर्च दावी फाराम

१. मृतक योगदानकर्ताको दर्जा र नाम थर :-
२. मृतक योगदानकर्ताको परिचयपत्र नम्बर :-
३. मृतक योगदानकर्ताको कार्यालय :-
४. मृतक योगदानकर्ताको स्थायी ठेगाना :-
५. मृत्यु भएको मिति :-
६. इच्छावाला/हकवालाको नामथर, ठेगाना र फोन नं. :-
७. मृतक योगदानकर्ता र इच्छावाला/हकवालाका बीचको नाता :-

मिति : २० / /

श्री सामाजिक सुरक्षा कोष

..... ।

उपरोक्त बमोजिमको विवरण भएका निज कर्मचारीको मृत्यु भएको व्यहोरा प्रमाणित गरिन्छ । सामाजिक सुरक्षा कोषको नियमानुसार मृतक योगदानकर्ताको अन्तिम संस्कारका लागि प्राप्त हुने रकम रु..... मृतक योगदानकर्ताको इच्छावाला/हकवाला श्री लाई भुक्तानी दिन अनुरोध छ ।

इच्छावाला/हकवालाको हस्ताक्षर :-

सहीछाप :-

कार्यालय प्रमुखको हस्ताक्षर :-.....

नाम,थर :-

दर्जा :- कार्यालयको छाप :-

दायाँ वायाँ

रकम बुझेको सही र मिति :-

द्रष्टव्य : दावी फाराममा कसैले जानी जानी भुटा व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई योगदानमा आधारित सामाजिक सुरक्षा ऐन बमोजिम कैद वा जरिवाना वा दुबै सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिले उक्त कामबाट कोषलाई हानी नोक्सानी हुन गएको रहेछ भने त्यसरी हानी नोक्सानी परेको रकम समेत निजबाट कोषलाई भराइनेछ ।

अनुसूची ८
(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा १ सँग सम्बन्धित)
निवृत्तभरण दावी फाराम

श्रीमान् कार्यकारी निर्देशक ज्यू,
सामाजिक सुरक्षा कोष,
बबरमहल, काठमाडौं ।

म बाट देहाय बमोजिम सेवा निवृत्त भएको/ हुने भएको तथा हालसम्म मैले उपदान तथा निवृत्तभरण रकम नलिएको हुनाले निवृत्तभरण लिने प्रयोजनको लागि निवृत्तभरण अधिकारपत्र तयार गरिदिनु हुन निम्नानुसारको विवरण खुलाई पेश गरेको छु । व्यहोरा ठीक साँचो हो, भुट्टा ठहरेमा कानून बमोजिम सहुला बुझाउँला ।

१.

	पहिलो	बीचको	अन्तिम
नाम/थर:			
ईच्छयाएको व्यक्तिको नाम:			
इच्छयाईएको व्यक्तिको ना.प्र. नं.		जारी गरिएको मिति र जिल्ला	
ईच्छयाईएको व्यक्तिको ठेगाना :			
प्रदेश	जिल्ला	गा.पा/न.पा/ उप.म.न.पा./म.न.पा:	
टोल	वडा नं.	ब्लक नं.:	
टेलिफोन नं.	मोबाईल नं.	ईमेल	
इच्छयाईएको व्यक्ति फरक परेमा कारण उल्लेख गर्ने			
जन्म मिति :		लिङ्ग	महिला: <input type="checkbox"/> पुरुष: <input type="checkbox"/>
नागरिकता नं.:	जारी जिल्ला:	जारी मिति	साल महिना गते
स्थायी लेखा नं.:	ब्लड ग्रुप	शुरु नियुक्ती मिति:	साल महिना गते
		अवकाश मिति :	
किसिम :	अनिवार्य	राजिनामा	स्वेच्छिक अन्य
स्थायी ठेगाना :			
प्रदेश	जिल्ला	गा.पा/न.पा/ उप.म.न.पा./म.न.पा:	
टोल	वडा नं.	ब्लक नं.:	
टेलिफोन नं.	मोबाईल नं.	ईमेल	

२. भुक्तानी लिने बैंकको नाम र ठेगाना :.....,

शाखा..... जिल्ला

बैंक खाता नं.....

अधिकारपत्र तयार गरेपछि पठाउने ठेगाना.....

मिति :- २०...../...../.....कर्मचारीको दस्तखत :-.....

३. उपर्युक्त विवरण कार्यालयको अभिलेख अनुसार ठीक देखिएकोले निवृत्तभरण अधिकारपत्र जारी गर्न सिफारिस गर्ने कार्यालय प्रमुखको,-

कार्यालयको छाप :-

दस्तखत :-

नाम, थर:-

पद :-

निवेदकको दस्तखत :

मिति :

कोषको तर्फबाट

रुजु गर्नेको दस्तखत :

प्रमाणित गर्नेको दस्तखत :

रुजु गर्नेको नाम :

प्रमाणित गर्नेको नाम :

पद:

पद :

मिति :

मिति :

निवेदन दर्ता भएको निस्सा :

निवेदकको नाम र ठेगाना :

दर्ता नं.

दर्ता मिति:

निवेदन प्रमाणित गर्नेको

दस्तखत :

नाम, थर:

पद :

कार्यालयको छाप

अनुसूची ९

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा १ सँग सम्बन्धित)

निवृत्तभरणको रकम किटान गर्ने तरिका

१. नाम :.....
२. सामाजिक सुरक्षा नं.....
३. श्रेणी /तह :..... सेवा.....
४. पद :.....
५. जन्म मिति : उमेरवर्ष.....
६. अवकाश प्राप्त मिति : (.....)
७. शुरु भर्ना मिति :
-
- जम्मा सेवा वर्ष : वर्ष.....महिना.....दिन.....
८. कोषको नियमनुसार थप : वर्ष.....महिना.....दिन.....
९. पहिला गरेको सेवा भए : वर्ष.....महिना.....दिन
१०. असाधारण विदा/गयल कट्टी : वर्ष.....महिना.....दिन
-
- जम्मा सेवा वर्ष : वर्ष.....महिना.....दिन.....
११. आखिरी महिनाको तलब रु :/-
१२. ग्रेड :रुका दरले ।
- जम्मा.....।-
१३. भाग गर्ने अंक : १५
१४. निवृत्तभरणरकम :
- | |
|------------------------------|
| कुल योगदान + लगानीको प्रतिफल |
| १८० |

तयार गर्ने

चेक गर्ने

सदर गर्ने

प्रथम पटक पारिवारिक निवृत्तभरण अधिकारपत्र को लागि आवश्यक कागजातहरू सम्बन्धमा

१. मृतक कर्मचारीको मृत्यु खाली जनाई दिन सम्बन्धित कार्यालयको सिफारिस पत्र ।
२. पारिवारिक वृत्ति/असाधारण वृत्ति/शैक्षिक तथा सन्तति वृत्ति पाउने अवस्था भए बनाईदिन भनि सम्बन्धित कार्यालयको तर्फबाट कोषलाई लेखिएको सिफारिस पत्र ।
३. मृत्युदत्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
४. प्रत्येक हकवालाको पासपोर्ट साइजको ४/४ प्रति फोटोहरू ।
५. नाता प्रमाणित र गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा. को किटानी सिफारिस पत्र ।
६. मृतक कर्मचारीको नागरिकता र सेवा प्रवेश पूर्वका शैक्षिक योग्यताको प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि र वरवृभारथ गरेको पत्र ।
७. सन्तति तथा शैक्षिक वृत्तिको हकमा १८ वर्ष नपुगेका २ जना सन्तानको नागरिकताको प्रमाणपत्र वा जन्मदत्ता प्रमाणपत्र ।
८. पारिवारिक निवृत्तभरण अधिकारपत्र हकवालाहरू धेरै भएमा हकवालाहरूको संयुक्त निवेदन र एकभन्दा बढी हकवाला भएमा अशक्त वा अनुपस्थितको मन्जुरीनामा भएमा एक्त मन्जुरीनामा सम्बन्धित कार्यालयबाट प्रमाणित भएको हुनुपर्ने ।
९. बेपत्ता भएको कर्मचारीको हकमा बेपत्ता भएको मितिले २ वर्ष पुरा भई बेपत्ता भएको प्रमाणित सिफारिस पत्र सम्बन्धित कार्यालय र जिल्ला प्रशासन/स्थानीय तह सिफारिस पत्रहरू ,
१०. असाधारण बिदा, गयल कट्टी, विभागिय कारवाही भए/नभएको तथा औषधी उपचार लिए/नलिएको सम्बन्धित कार्यालयको पत्र ।
११. कर्मचारीको मृत्यु भई वैयक्तिक विवरणमा इच्छाइएको व्यक्ति जीवित भएमा कार्यालयबाट प्रमाणित सिफारिस पत्र र मृत्यु भएकोमा मृत्यु दत्ता प्रमाणपत्र, स्थानीय तह/जिल्ला प्रशासन कार्यालयबाट सिफारिस पत्र ।
१२. पारिवारिक निवृत्तभरण रीतपूर्वक भरेको माग फारम ।
१३. कसैलाई पनि वैयक्तिक विवरणमा ईच्छाइएको रहेनछ भने को बमोजिम तोकिएका पारिवारका सदस्यहरूलाई प्राथमिकतानुसार पारिवारिक निवृत्तभरण को लागि सिफारिस पत्र ।

पुनश्च : उल्लेखित कागजातहरूको सक्कल प्रति समेत सम्बन्धितले साथमै लिई आउनुपर्ने ।

अनुसूची -१०

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा १ सँग सम्बन्धित)
निवृत्तभरण अधिकारपत्र

अधिकारपत्रको क्रम संख्या

१. नाम थर :-
 २. स्थायी ठेगाना :- जिल्ला : गा.पा./न.पा. :
 ३. जन्म मिति : साल महिना गते
 ४. अवकाश प्राप्त गर्दाको पद :
 ५. कार्यालय :
 ६. अवकाश प्राप्त मिति :
 ७. सेवा अवधि :
 ८. अन्तिम तलव (रु.) :
 ९. मासिक पाउने निवृत्तभरण :
 १०. पाउने अवधि :
 ११. निवृत्तभरण प्रारम्भ हुने मिति :
 १२. शेषपछि इच्छाइएको व्यक्ति :
- क. नाम थर :
- ख. सम्बन्ध :
- ग. स्थायी ठेगाना : जिल्ला : गा.पा./न.पा. वडा नं.
१३. अन्य आवश्यक कुरा :

.....
निवृत्तभरण पाउनेको सहीछाप

अधिकार पत्र प्रदान गर्ने अधिकारी
दस्तखत :
नाम थर :
दर्जा :

रेखात्मक	
दायाँ	बायाँ

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा २ सँग सम्बन्धित)
आश्रित पारिवार निवृत्तभरणको दावी फाराम

श्री सामाजिक सुरक्षा कोष,
बबरमहल, काठमाडौं ।

यस कार्यालयबाट तयार गरिएको निम्न विवरण भएको अधिकार-पत्र यसैसाथ पठाईएको छ । नियमानुसार आश्रित पारिवार नि. भ. दिने व्यवस्थाका लागि अनुरोध छ ।

(क) मृतक कर्मचारीको विवरण

१. नाम, थर :
२. सामाजिक सुरक्षा नं. :
३. स्थायी ठेगाना
जिल्ला : गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा : वार्ड नं :
४. श्रेणी :
५. पद :
६. कार्यालय :
७. मृत्यु मिति :
८. सेवा अवधि : वर्ष: महिना : दिन :

(ख) पारिवारिक नि.भ.पाउनेको विवरण

१. नाम, थर :
२. स्थायी ठेगाना जिल्ला : गा.पा/न.पा/उप.म.न.पा./म.न.पा : वार्ड नं :
३. नाता :

(ग) पाउने अवधि/मासिक पाउने रु.

- (१)देखिसम्म (सात वर्ष) मासिक पाउने रु ।-
(.....मात्र)

(घ) कुन स्तरको निर्णयबाट :

(ङ) अन्य आवश्यक कुरा :

लेखात्मक.....

रेखात्मक	
दायाँ	बायाँ

अधिकारपत्र प्रदान गर्ने अधिकारी
सामाजिक सुरक्षा कोष

आश्रित परिवार अधिकार पत्र
अधिकार पत्रको क्रमसंख्या :

क) आश्रित परिवार अधिकार पत्र पाउनेको विवरण :

नाम,थर :

नागरिकता प्रमाणपत्र नं. :

जारी भएको मिति र जिल्ला :

स्थायी ठेगाना :

जिल्ला :

गा.पा./ न.पा. :

वडा नं. :

निवृत्तभरण वाहकसँगको नाता :

जन्म मिति : २०...../...../.....

विशेष निर्णय/ अन्य आवश्यक कुरा :

ख) मृतक कर्मचारीको विवरण :

नाम,थर :

सामाजिक सुरक्षा नम्बर :

जारी भएको मिति र जिल्ला :

स्थायी ठेगाना :

जिल्ला :

गा.पा./ न.पा. :

वडा नं. :

पद :

कार्यालय :

मृत्यु मिति : २०...../...../.....

सेवा अवधि : वर्ष : महिना गते

अनुसूची १३
(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा ३ सँग सम्बन्धित)
उपदान दावी फाराम

श्रीमान् कार्यकारी निर्देशक ज्यू,
सामाजिक सुरक्षा कोष,
बबरमहल, काठमाडौं ।

म बाट देहाय बमोजिम सेवा निवृत्त भएको/ हुने भएको तथा हालसम्म मैले उपदान तथा निवृत्तभरण रकम नलिएको हुनाले उपदान लिने प्रयोजनको लागि निम्नानुसारको विवरण खुलाई पेश गरेको छु । व्यहोरा ठीक साँचो हो, भुट्टा ठहरेमा कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला ।

१.

		पहिलो		बीचको		अन्तिम	
नाम/थर:							
जन्म मिति :						लिङ्ग महिला: <input type="checkbox"/> पुरुष: <input type="checkbox"/>	
नागरिकता नं.:		जारी जिल्ला:		जारी मिति	साल	महिना	गते
स्थायी लेखा नं.:		ब्लड ग्रुप		शुरु नियुक्ती मिति:	साल	महिना	गते
				अवकाश मिति :			
किसिम :	अनिवार्य	राजिनामा	स्वेच्छिक	अन्य			
स्थायी ठेगाना :							
प्रदेश		जिल्ला		गा.पा/न.पा/ उप.म.न.पा./म.न.पा:			
टोल		वडा नं.		ब्लक नं.:			
टेलिफोन नं.		मोबाईल नं.		ईमेल			

२. भुक्तानी लिने बैंकको नाम र ठेगाना :.....,

शाखा..... जिल्ला

बैंक खाता नं.....

मिति :- २०...../...../.....

श्रमिकको दस्तखत :-.....

३. उपर्युक्त विवरण कार्यालयको अभिलेख अनुसार ठीक देखिएकोले उपदानको लागि सिफारिस गर्ने

कार्यालय प्रमुखको,-

कार्यालयको छाप :-

दस्तखत :-

नाम, थर:-

पद :-

निवेदकको दस्तखत :

मिति :

कोषको तर्फबाट

रुजु गर्नेको दस्तखत :

रुजु गर्नेको नाम :

पद:

मिति :

प्रमाणित गर्नेको दस्तखत :

प्रमाणित गर्नेको नाम :

पद :

मिति :

निवेदन दर्ता भएको निस्सा

निवेदकको नाम र ठेगाना : दर्ता नं.

दर्ता मिति:

निवेदन प्रमाणित गर्नेको

दस्तखत :

नाम, थर:

पद :

कार्यालयको छाप

अनुसूची १४

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा ३ सँग सम्बन्धित)
उपदानको रकम किटान गर्ने तरिका

१. नाम :.....
२. सामाजिक सुरक्षा नं.....
३. श्रेणी /तह :..... सेवा.....
४. पद :.....
५. जन्म मिति : उमेर वर्ष.....
६. अवकाश प्राप्त मिति : (.....)
७. शुरु भर्ना मिति :
-
- जम्मा सेवा वर्ष : वर्ष.....महिना.....दिन.....
८. कोषको नियमनुसार थप : वर्ष.....महिना.....दिन.....
९. पहिला गरेको सेवा भए : वर्ष.....महिना.....दिन
१०. असाधारण बिदा/गयल कट्टी : वर्ष.....महिना.....दिन
-
- जम्मा सेवा वर्ष : वर्ष.....महिना.....दिन.....
११. आखिरी महिनाको तलब रु :/-
१२. ग्रेड :रुका दरले ।
-
- जम्मा.....।-
१३. भाग गर्ने अंक :
१४. एकमुष्ट उपदान रकम : (कुल योगदान + लगानीको प्रतिफल) जोडी हुन आउने रकम

तयार गर्ने

चेक गर्ने

सदर गर्ने

अनुसूची १५
(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा ४ सँग सम्बन्धित)
पारिवारिक निवृत्तभरण अधिकार पत्र दावी फाराम

श्रीमान् कार्यकारी निर्देशक ज्यू,
सामाजिक सुरक्षा कोष,
बबरमहल, काठमाडौं ।

तहाँ कोषबाट जारी भएको निवृत्तभरण अधिकार पत्र नम्बर को मिति मा मृत्यु भएको हुँदा निजको हकवाला म ले पारिवारिक निवृत्तभरणअधिकार पत्र पाउँ भनी निम्न बमोजिमको विवरण भरी यो निवेदन पेश गर्दछु । व्यहोरा ठीक साँचो हो, भुइँठा ठहरेमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

(क) मृतक अधिकार पत्रवाहकको विवरण

१. नाम, थर स्व..... सामाजिक सुरक्षा नं.....
२. स्थायी ठेगाना, जिल्ला,.....न.पा./गा.पा./म.न.पा./उ.न.पा.....
३. श्रेणी /तह :..... : सेवा.....
४. पद :

५. सेवाअवधि,..... वर्ष,..... महिना,..... दिन,.....

६. अन्तिम तलब रु,.....।-

७. मृत्यु मिति : साल :..... महिना :..... गते:

८. अवकाश प्राप्त मिति :

९. शुरु भर्ना मिति :

(ख) पारिवारिक नि.भ.पाउने विवरण

१. नाम, थर :
२. स्थायी ठेगाना, जिल्ला,.....न.पा./गा.पा./म.न.पा./उ.न.पा.....
३. जन्म मिति.....
४. नाता :

(ग) पाउने अवधि र रकम,

१. देखिसम्म (.....) मासिक पाउने रु.।- (.....मात्र)

(घ) अन्य आवश्यक कुरा :

निवेदकको दस्तखत : मिति :

अनुसूची १६
(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ड को बुँदा ४ सँग सम्बन्धित)

पारिवारिक निवृत्तभरणको अधिकार पत्र

(क) मृतक योगदानकर्ताको विवरण

१. नाम, थर स्व..... सामाजिक सुरक्षा नं.....

२. स्थायी ठेगाना, जिल्ला,..... न.पा./गा.पा./म.न.पा./उ.न.पा.....

३. श्रेणी /तह :..... : सेवा.....

४. पद :

५. सेवाअवधि,..... वर्ष,..... महिना,..... दिन,.....

६. अन्तिम तलब रु,.....।-

७. जन्म मिति : उमेर :.....वर्ष :.....

८. अवकाश प्राप्त मिति :.....

९. शुरु भर्ना मिति :

(ख) पारिवारिक नि.भ.पाउने विवरण

१. नाम, थर :

२. स्थायी ठेगाना, जिल्ला,..... न.पा./गा.पा./म.न.पा./उ.न.पा.....

३. जन्म मिति.....

४. नाता :

(ग) पाउने अवधि र रकम,

१.देखि.....सम्म (.....) मासिक पाउने रु.।- (.....मात्र)

(घ) अन्य आवश्यक कुरा :

.....

तयार गर्ने

चेक गर्ने

सदर गर्ने

अनुसूची १७

(कार्यविधिको दफा १२ संग सम्बन्धित)

असक्षमता प्रतिशतको आधारमा निवृत्तभरण निर्धारण गर्ने गुणक (Commutation Factors)

उमेर	दैनिक सुविधा
१५	७९३१
१६	७८९४
१७	७८५६
१८	७८१९
१९	७७७८
२०	७७३४
२१	७६९४
२२	७६५७
२३	७६०३
२४	७५५७
२५	७५०७
२६	७४५७
२७	७४०४
२८	७३५१
२९	७२९८
३०	७२३८
३१	७१७९
३२	७१२०
३३	७०५७
३४	६९९२
३५	६९२६
३६	६८५८
३७	६७८६
३८	६७१४
३९	६६३९
४०	६५६४
४१	६४८३
४२	६४०५
४३	६३२१
४४	६२३७
४५	६१५३
४६	६०६२
४७	५९७२
४८	५८८१
४९	५७८८
५०	५६९१
५१	५५९४
५२	५४९४
५३	५३९४
५४	५२९२
५५	५१८९
५६	५०८६
५७	४९८०
५८	४८७०
५९	४७६४

෧෦	෪෧෫෫
෧෦	෪෫෪෩
෧෨	෪෪෩෪
෧෩	෪෩෨෧
෧෪	෪෨෦෭
෧෫	෪෦෦෦

Note: On calculating the lumpsum amount for permanent disability 20% and below:

Daily benefit amount X Commutation factor at the specific age X Percentage of disability

Example: Monthly Salary of employee Rs. 26,000/

Daily Salary of employee: Rs. 26,000 / 26 = Rs. 1,000/

Daily benefit amount: Rs. 1,000 X 60% = Rs. 600/

If Percentage of disability is 10%.

Amount of lumpsum for employee aged 20 years: Rs. 600 X **7734*** X 10% = Rs. 464,040

Amount of lumpsum for employee aged 50 years: Rs. 600 X **5691*** X 10% = Rs. 341,460/

(*) figure from Table: