

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

श्रीमान् प्रमुखज्यू,
सामाजिक विकास कार्यालय,

१. संस्थाको विवरण:

(क) संक्षिप्त पृष्ठभूमि:.....

(ख) नाम:.....

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

टोल:

सम्पर्क नं. : ईमेल:

(घ) दर्ता मिति:

(ङ) संस्था संचालक अध्यक्षको नाम:

सम्पर्क नं. :

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

(छ) संस्थाबाट प्रदान आएका सेवाहरू:

(ज) संस्थाको सिविआर कार्यक्रम सम्बन्धी कार्यानुभव:

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

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

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

२. कार्यक्रमको संक्षिप्त विवरण:

(क) कार्यक्रमको पृष्ठभूमि:.....

(ख) कार्यक्रमको नाम:

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

३. गत वर्षको प्रगति संक्षिप्त व्यहोरा समेत

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

प्रस्ताव पेश गर्ने संस्थाको तर्फबाट

नाम:

हस्ताक्षर:

पद: अध्यक्ष

मिति:

संस्थाको छाप:

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

श्रीमान् प्रमुखज्यू,

सामाजिक विकास कार्यालय, ।

१. संस्थाको विवरण:

(क) संक्षिप्त पृष्ठभूमि:.....

.....

(ख) नाम:.....

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

टोल:

सम्पर्क नं. : ईमेल:

(घ) दर्ता मिति:

(ङ) संस्था संचालक अध्यक्षको नाम:

सम्पर्क नं. :

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

(छ) संस्थाबाट प्रदान आएका सेवाहरू:

.....

(ज) संस्थाको सिविआर कार्यक्रम सम्वन्धी कार्यानुभव:

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

.....

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

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

.....

२. कार्यक्रमको संक्षिप्त विवरण:

(क) कार्यक्रमको पृष्ठभूमि:.....

.....

(ख) कार्यक्रमको नाम: