



क्रमांक: एफ(21)/एनआरएचएम/आशा सॉफ्टवेयर/2014-15/655

दिनांक: 04/05/15

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,  
जिला प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य अधिकारी  
समस्त जिले।

**विषय:-** शहरी आशाओं (जिनका भुगतान आशा सॉफ्ट प्रणाली के द्वारा नहीं हो रहा है) के भुगतान को व्यवस्थित करने बाबत।

शहरी आशाओं के भुगतान में आ रही समस्याओं के निवारण हेतु परियोजना निदेशक, मातृ स्वास्थ्य, एनएचएम एवं स्टेट डेमोग्राफर के द्वारा दिनांक 24/04/2015 को जयपुर प्रथम में बैठक ली गई। उक्त बैठक में शहरी चिकित्सा अधिकारियों, जिला कार्यक्रम प्रबंधक ईकाई व जिला अधिकारियों से चर्चा करने के उपरान्त शहरी आशाओं के भुगतान को व्यवस्थित करने के लिए निम्नानुसार प्रक्रिया निर्धारित की गई जो प्रत्येक जिले में 1 अप्रैल, 2015 से लागू की जायेगी।

1. प्रतिमाह भुगतान की प्रक्रिया एक निश्चित समय सीमा में सम्पादित हो, यह सुनिश्चित करने के लिए सभी जिले प्रतिमाह में भुगतान हेतु एक ही समय सीमा का पालन करेंगे।
2. अरबन आशाओं की मासिक कार्य अवधि प्रति माह 25 तारीख से अगले माह की 24 तारीख तक गणना की जावेगी।
3. अरबन आशाओं के भुगतान के लिए आशा सॉफ्ट में उपयोग किये जाने वाले क्लेम फॉर्म ही उपयोग में लिये जावेंगे। इस हेतु क्लेम फॉर्म का अन्तिम (पृथक) सीरीज नम्बर उपयोग में लिया जावे।
4. प्रत्येक माह की 27 तारीख को मासिक बैठक का आयोजन संबंधित डिस्पेंसरी में किया जायेगा, (राजकीय अवकाश अथवा विशेष परिस्थिति में बैठक अगले कार्य दिवस को रखी जावे) जिसमें कार्यरत समस्त आशा सहयोगिनियाँ गत माह की 25 तारीख से चालू माह की 24 तारीख तक समस्त गतिविधियों का विवरण (लाइन लिस्ट) मय प्रमाण पत्र क्लेम फॉर्म में भरकर एएनएम/एलएचवी से सत्यापित करवाकर क्लेम फॉर्म को डिस्पेंसरी पर जमा करवायेगी एवं इस हेतु उन्हें प्राप्ति रसीद दी जावेगी।
5. तत्पश्चात 1 से 5 तारीख तक संबंधित डिस्पेंसरी की जिम्मेदारी होगी कि एएनएम/एलएचवी के द्वारा सत्यापन के पश्चात भुगतान की गणना कर निम्नांकित प्रपत्र में भुगतान करने योग्य राशि चुकाने हेतु आरसीएचओ कार्यालय में भिजवायेंगे :-

**आशाओं का मासिक भुगतान स्वीकृति प्रपत्र**

नाम राजकीय डिस्पेंसरी / डी.एच.पी. / एम.सी.डब्ल्यू.सी. ....

माह ..... वर्ष .....

चिकित्सा अधिकारी प्रभारी का नाम ..... मोबाईल नम्बर .....

क्र.सं.	वार्ड संख्या/नाम	आशा का नाम	बैंक का नाम	शाखा का नाम	बैंक एकाउन्ट नम्बर	आई.एफ. एस.सी. कोड नं.	भुगतान योग्य राशि
योग							

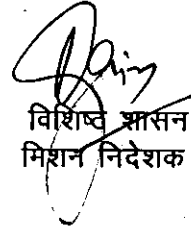


राजस्थान सरकार  
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, एनएचएम  
स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग सी-स्कीम, जयपुर

यह प्रमाणित किया जाता है कि आशाओं के इस माह किये गये कार्य एवं प्रस्तुत क्लेम का सत्यापन एनएचएम/एलएचवी द्वारा करवा लिया गया है। मेरे जांच करने पश्चात् नियमानुसार निम्न भुगतान संबंधित आशा के दिये गये बैंक खाते में जमा करने की अनुशंसा करता हूँ। मेरे अधिन क्षेत्र में कार्यरत सभी आशाओं का माह ..... वर्ष 2015-16 तक का भुगतान प्रेषित कर दिया गया है।

हस्ताक्षर  
चिकित्सा अधिकारी प्रभारी (मय सील)

6. भुगतान के गणना के पश्चात अनुशंसा के आधार पर प्रत्येक माह की 7 तारीख तक मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय के द्वारा RTGS के माध्यम से भुगतान आशाओं के बैंक खाते में किया जावेगा।
7. शहरी क्षेत्र के समस्त डिस्पेंसरियों (संस्थानों) से भुगतान प्रपत्र प्राप्त करने, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय में भुगतान हेतु प्रेषित करने एवं समस्त मोनिटरिंग की जिम्मेदारी शहरी कार्यक्रम प्रबंधन इकाई द्वारा की जावेगी।
8. इन शहरी आशाओं के कार्य का मूल्यांकन क्लेम फॉर्म में की गई गतिविधियों के अनुसार किया जाकर, प्रतिमाह फीड बैंक दिया जायेगा।
9. शहरी क्षेत्र की आशाओं के समस्त कार्य, मूल्यांकन एवं मासिक भुगतान आदि हेतु जिला प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य अधिकारी, नोडल अधिकारी होंगे।
10. यह व्यवस्था सम्पूर्ण राज्य के जिला मुख्यालय, शहरी क्षेत्रों हेतु 01.04.2015 से प्रभावी रहेगी।

  
विशिष्ट शासन सचिव एवं  
मिशन निदेशक (एनएचएम)

प्रतिलिपी निम्न को सूचनार्थ प्रेषित है:-

1. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, राजस्थान, जयपुर।
2. निजी सचिव, अतिरिक्त मिशन निदेशक, एनएचएम।
3. निदेशक-आरसीएच।
4. परियोजना निदेशक, एनएचएम।
5. परियोजना निदेशक, एमएच।
6. स्टेट डेमोग्राफर, एनएचएम।
7. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक।
8. समस्त शहरी जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई।
9. समस्त जिला आशा समन्वयक।
10. समस्त जिला नोडल अधिकारी।
11. सर्वर रूम, एनआरएचएम।

  
निदेशक, आरसीएच

**आशा के क्लेम फॉर्म के साथ संलग्न प्रमाण पत्रों का भुगतान संबंधी विवरण**

प्रमाणित किया जाता है कि आशा सहयोगिनी श्रीमती/कुमारी..... वार्ड सं० ..... द्वारा माह 31 मार्च 2015 तक के क्लेम फॉर्म के साथ निम्नलिखित दस्तावेज प्रमाण स्वरूप प्रस्तुत किये गये ह, जिनका भुगतान संबंधी विवरण निम्नानुसार प्रस्तुत है-

क्र.सं.	गतिविधि का नाम	उपक्रम सं.	गतिविधि का विवरण	प्रमाण-पत्रों की संख्या X राशि	कुल राशि
1	मातृ स्वास्थ्य सेवा	1	प्रसव पूर्व 3 जॉचे	X 200	
		2	संस्थागत प्रसव	X 200	
		3	15 से 19 वर्ष तक की महिलाओं की मृत्यु की सूचना	X 200	
		4	प्रसव पश्चात प्रसूताओं व नवजात शिशुओं का फॉलोअप (एचबीएनसी)	X 250	
2	शिशु स्वास्थ्य सेवा	1	शिशु मृत्यु की सूचना	X 50	
		2	एमटीसी से डिस्चार्ज अति कुपोषित बच्चों का फॉलोअप	X 150	
		3	एसएनसीयू (SNCU) से डिस्चार्ज बच्चों का फॉलोअप	X 600	
3	शिशु टीकाकरण सेवायें	1	सोशियल मोबिलाइजेशन (एमसीएनएन दिवस में गर्भवती महिलायें एवं बच्चों को आंगनबाड़ी पर लाना)	X 150	
		2	1 वर्ष तक के पूर्ण टीकाकृत शिशु	X 100	
		3	2 वर्ष तक के बच्चों जिनके बूस्टर टीके लगवाये	X 50	
4	परिवार कल्याण सेवायें	1	माह के दौरान प्रेरित किये गये महिला नसबंदी केसेज	X 200	
		2	माह के दौरान प्रेरित किये गये पुरुष नसबंदी केसेज	X 300	
		3	माह के दौरान एक या दो बच्चों पर प्रेरित किये गये नसबंदी केसेज	X 1000	
		4	विवाह के बाद पहले बच्चों में दो वर्ष की देरी के लिए प्रेरित दम्पती	X 500	
		5	पहले व दूसरे बच्चों में 3 वर्ष का अंतर के लिए प्रेरित किये गये दम्पती	X 500	
		6	प्रसव के बाद पीपीआईयूसीडी लगवाने के लिए प्रेरित की गई महिलायें	X 150	
5	राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम	1	टीबी रोगी जिनका माह के दौरान डॉट्स उपचार पूर्ण हुआ (Category 1)	X 1000	
		2	टीबी रोगी जिनका माह के दौरान डॉट्स उपचार पूर्ण हुआ (Category 2)	X 1500	
		3	मोतियाबिन्द का ऑपरेशन कराये गये केसेज	X 150	
		4	कुष्ठ रोगी जिनका माह के दौरान उपचार पूर्ण हुआ		
		1	पीबी तथा एमबी केस के रजिस्ट्रेशन हेतु	X 250	
		1	पीबी केस के पूर्ण उपचार के पश्चात्	X 400	
		1	एमबी केस के पूर्ण उपचार के पश्चात्	X 600	
		5	मलेरिया रोगियों की ली गई ब्लड स्लाइड	X 15	
6	मलेरिया पॉजिटीव केसेज को आरटी उपचार दिया गया	X 75			
6	मासिक बैठक	1	सेक्टर मासिक बैठक		
7	रूटीन गतिविधियाँ	1	रूटीन मासिक गतिविधियों की सूचना		