# रेफरल सेवा
# २०७८

**नेपाल सरकार**

शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय

शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

सानोठिमी, भक्तपुर

## पृष्ठभूमि

प्रारम्भिक पहिचान पश्चात सम्भावित कार्यगत सीमितता भएका बालबालिकाहरूको तह तथा अवस्था विश्लेषण भएको खण्डमा उपयुक्त र आवश्यकता अनुरूपको थप स्वास्थ्य परिक्षण तथा अन्य सहयोग प्राप्त गर्न सक्दछन् र सम्भावित जोखिमबाट पनि बच्न सक्दछन् ।यसै अन्तर्गत सबैका लागि पढाइ कार्यक्रमले १० ओटा जिल्लाका सबै सामुदायिक विद्यालयमा शैक्षिक सहयोग प्रणाली स्थापित गर्न विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोली गठन गरिएको छ । विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोलीको मुख्य भूमिका प्रारम्भिक पहिचान गर्ने र प्रारम्भिक पहिचान पश्चात सम्भावित कार्यगत सीमितता भएका बालबालिकाहरुको आवश्यकता अनुरूपको रेफरल सेवामा सहयोग पुऱ्याउनु हो । उक्त टोलीले सम्भावित बालबालिकाहरूको थप स्वास्थ्य सेवा वाहेक बालबालिकाहरूको अवस्था तथा आवश्यकता अनुरूप व्यवस्थापकिय, परिचयपत्र तथा शैक्षणिक सेवा सुविधाका लागि समेत सम्बन्धित निकाय तथा सरोकारवालाहरुकोमा रेफरल गर्नुपर्ने व्यवस्था निर्धारण गरिएको छ । साथै स्थानीय निकाय तथा गैरसरकारी सरोकारवालाहरुको निकट समन्वयमा फरक-फरक अपाङ्गता भएका बालबालिकाहरुको सेवाको लागि पहिचान भएका सेवाप्रदायकहरुसँग सम्पर्क स्थापित गर्नुपर्ने हुन्छ ।

## रेफरल सेवाको महत्व

सम्भावित कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गता सुनिश्चितताका लागि बालबालिकाहरूको चिकित्सकिय जाच गर्न सकेमा कतिपय सम्भावित कुराहरू प्रस्ट हुन र थप सहयोग प्राप्त गर्न गराउन पनि रेफरल महत्वपूर्ण हुन्छ । बालबालिकाहरूको कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गता सुनिश्चित गराउन तथा थप स्वास्थ्य परिक्षण र थप सहयोग निर्धारणका लागि पनि मद्दत गर्दछ । साथै विद्यालयमा बालबालिकाहरूको तथ्याङ्क सुधार गर्नका साथै सोही तथ्याङ्क आधारमा विद्यालयको योजनामा समेत समावेश गरेर बालबालिकाहरूको समस्या सम्वोधन गर्न रेफरल कार्यले सहयोग पुऱ्याउदछ । रेफरल पश्चात कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गताको अवस्था र आवश्यकता अनुरूप बालबालिकाहरूलाई व्यवस्थापकीय, स्वास्थ्य, शैक्षणिक तथा अन्य सेवा सुविधाहरूको व्यवस्थापन तथा सुनिश्चततामा समेत रेफरल सेवाले सुनिश्चित गर्दछ ।

## सबैको लागि पढाइ परियोजना अन्तर्गत रेफरल सेवा

यस कार्यक्रम अन्तर्गत १० ओटा जिल्लाको सबै सामुदायिक विद्यालयमा प्रारम्भिक पहिचान पश्चात सम्भावित कार्यगत सीमितता (हेराइ, सुनाइ र हिडाइ) पहिचान भएका बालबालिकाहरूको तह विश्लेषण पश्चात सम्बन्धित स्वास्थ्य सेवाको लागि रेफेरल गर्नुपर्ने हुन्छ । साथै संज्ञानात्मक क्षेत्रमा पहिचान भएका बालबालिकाहरुको लागि सम्बन्धित शिक्षकहरू र अभिभावसंगको परामर्शमा  वैयक्तिक शैक्षणिक योजना निर्माण गर्नुपर्ने हुन्छ । बाँके र सुर्खेत जिल्लाका ४ ओटै पालिका भित्रका २५७ विद्यालयहरुका इ सी डी देखि कक्षा ३ सम्मका बालबालिकाहरुको विद्यालय स्तरमा प्रारम्भिक पहिचान गर्न र कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गता पहिचान गर्न सहयोग पुऱ्याउनको लागि विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समिति जिम्मेवार रहनेछ । । बाँके र सुर्खेत जिल्लाको रेफरल पद्दति अनुरूप विद्यालयमा बालबालिकाहरूको पहिलो चरणको प्रारम्भिक पहिचान पश्चात बालबालिकाहरूको सम्भावित कार्यगत सीमितता तथा कठिनाइका तहगत अवस्था अनुरूप उक्त बालबालिकाहरूको दोस्रोचरणको पहिचान कार्य गर्ने भनि तय गरिएको छ । दोस्रो तहको पहिचान पश्चात बालबालिकाहरूको अवस्था निर्धारण, अवस्था विश्लेषण, बालबालिकाहरूको अवस्था आवश्यकता अनुरूप प्रदान गरिने सेवाहरू, सेवा प्रदायकहरूका बारेमा समेत यकिन गरी सहयोग तथा प्राप्त गर्ने सेवाहरू प्रधान गर्नुपर्ने हुन्छ । त्यसैगरी रेफरल सेवाका लागि आवश्यक तयारीका कुरा तथा आवश्यक कागजातहरूको रेकर्ड व्यवस्थापनसमेत गर्नुपर्ने हुन्छ । त्यसैगरी बालबालिकाहरूले रेफरल अनुरूप सेवा सुविधाहरू प्राप्त गरिरहेको वा अवस्था बारेमा समेत समय समयमा फलोअप गरिरहनुपर्ने हुन्छ । यदि बालबालिकाहरूले सेवा सुविधा प्राप्त गर्न तथा कुनै किसिमको कठिनाइ भएको अवस्थामा विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समितिले नियमित रूपमा पैरवी समेत गर्दै बालबालिकाहरूको अधिकार तथा सेवाहरू सुनिश्चित गर्नुपर्ने हुन्छ ।

# शैक्षिक सहयोग प्रणाली फ्लोचार्ट
# (EDUCATION RESPONSE SYSTEM FLOWCHART)

विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोली गठन गर्ने

↓

प्रारम्भिक पहिचान टोलीलाई अभिमुखीकरण प्रदान गर्ने

↓

विद्यालयमा प्रारम्भिक पहिचान गर्ने दिन र मिति तय गर्ने

↓

विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोलीले प्रारम्भिक पहिचान गर्ने

↓

प्रत्येक विद्यार्थीको प्रारम्भिक पहिचान गरी उक्त विवरणलाई एकीकृत इमिस उप-प्रणालीभित्र (IEMIS Sub–System) प्रविष्ट गर्ने

↓

प्रारम्भिक पहिचानको विवरणको आधारमा एकीकृत उप-प्रणालीको माध्यमबाट तह १ मा देखिएका सम्भावित कार्यगत सीमितता भएका बालबालिकाहरुको अभिलेख राख्ने

↓

**उप-प्रणालीले तह-१ मा देखाएका बालबालिकाहरुलाई रेफर गर्ने**

दृष्य, सुनाइ र हिडडुल क्षेत्रमा पटक्कै नसक्ने, निकै कठिनाइ भएका र केही कठिनाइ भएका बालबालिकाहरुको लागि थप परिक्षण तथा स्वास्थ्य जाँचको लागि लागि रेफर गर्ने । संज्ञानात्मक (cognitive) क्षेत्रमा पनि पटक्कै नसक्ने र निकै कठिनाइ भएका बालबालिकाहरुको लागि गम्भीरताको आधारमा थप परीक्षणको लागि स्वास्थ्य जाँचको लागि रेफर गर्ने

↓

**चिकित्सकले वा पालिकाले विवरण भर्ने**

स्वास्थ्य चेकजांच पश्चात उपलब्ध गराइएको ढांचामा चिकित्सकले विवरण भर्नु पर्ने हुन्छ तर नभरेको खण्डमा बालबालिका फर्केपछि चिकित्सकको सिफारिसको आधारमा विद्यालयको समन्वयमा पालिकाले विवरण पुष्टि गर्ने र एकीकृत इमिस उप-प्रणालीमा अध्यावधिक गर्ने

↓

**अपाङ्गता पहिचान**

**छ** →

- सम्बन्धित शिक्षकहरू र अभिभावकसंगको परामर्शमा वैयक्तिक शैक्षणिक योजना निर्माण (Individualized Education Plan-IEP) गर्ने
- **स्वास्थ्य जाँच र अपाङ्गता पुष्टि पश्चात विद्यालयले भर्नु पर्ने विवरण**
  - छात्रवृति
  - वैयक्तिक शैक्षणिक योजना
  - घरमा गर्नु पर्ने सहायताको लागि अभिभावकसंगको सहकार्य
  - सहायक सामग्री (चस्मा, श्रवन यन्त्र)
  - आवास, कक्षाकोठा व्यबस्थापन
  - अन्य आवश्यक विवरण एकीकृत इमिस उप-प्रणाली को आधारमा
- यसरी भरिएको विवरण विद्यालयले एकीकृत इमिस उप-प्रणाली को मेनुमा रहेको Excel अन्तर्गत (download ERS excel) डाउनलोड गरी उप-प्रणालीले निर्दिष्ट गरेका सेवाको लागि विद्यालयले कार्ययोजना बनाउनु पर्दछ

**छैन**

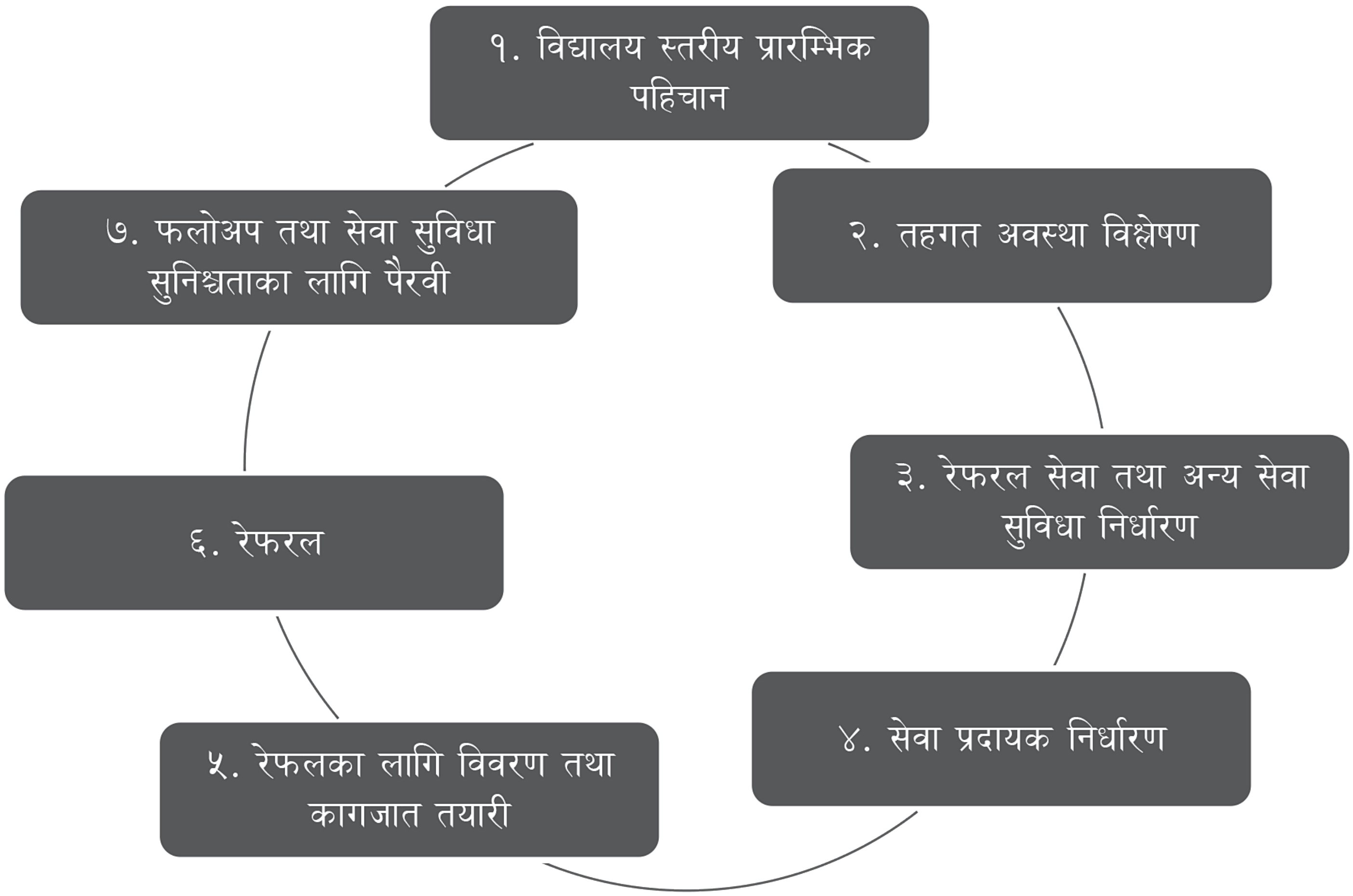
**नोट:**

तह १ को परिभाषा

कुनै पनि क्षेत्रमा पटक्कै नसक्ने, निकै कठिनाइ भएका र केही कठिनाइ (दृष्य, सुनाइ र हिँडडुलमा) भएका बालबालिकाहरू तह १ मा पर्दछन् । साथै संज्ञानात्मक क्षेत्रमा पटक्कै नसक्ने र निकै कठिनाइ भएका बालबालिका पनि यस तहमा पर्दछन् ।

संज्ञानात्मक (cognitive) क्षेत्र

सुक्ष्म मांशपेशी, हेरचाह, सञ्चार र बुझाइ, सिकाइ, सम्झने, ध्यान एकाग्रता, साथी बनाउने, खेल्ने, परिवर्तनलाई स्विकार्ने, व्यवहार नियन्त्रण, चिन्तित हुने, दुखी हुने




**रेफरल सेवा प्रक्रिया**

## १ .  विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान

विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोलीले सरसल्लाह गरी विद्यार्थीहरूको सम्भावित कार्यगत सीमितता पहिचान गर्न मिति तय गर्ने छ। यसरी मिति तय गर्दा शैक्षिक सत्रको सुरुमा वा उपयुक्त समय हेरी तय गर्ने छ। यसैबेला नै प्रत्येक विद्यार्थीको अपाङ्गता पहिचान गर्दा लाग्ने समय, आवश्यक औजार, सामग्रीहरू, स्थान एवम् अतिरिक्त मानव स्रोत समेतको निक्यौंल गरी तयारी गर्नुपर्छ। योजना अनुरुप सम्बन्धित बालबालिकाका अभिभावकहरूलाई उपस्थितिको लागि अग्रिम सूचना दिनुपर्दछ। पहिचान मिति तय भइसकेपछि टोलीले आआफ्नो जिम्मेवारीअनुसार पहिचान वा परीक्षणका कार्यविधि एवम् निर्देशिका अनुसरण गर्दै प्रारम्भिक पहिचान सुरु गर्नुपर्दछ। विद्यार्थीहरूको प्रारम्भिक पहिचानको तथ्याङ्क IEMIS डाटाबेसमा राख्न वा अद्यावधिक गर्न तथ्याङ्क व्यवस्थापकहरूलाई सहयोग गर्ने गर्नुपर्छ ।

## २. तहगत अवस्था विश्लेषण

पहिचान टोलीले आआफ्नो जिम्मेवारीअनुसार पहिचान कार्य गर्ने पहिचान गर्दा कुनै बालबालिकामा (१ दृष्टि, २. सुनाइ, ३. हिँडडुल) मध्ये कुनै पनि क्षेत्रमा (डोमेनमा) “पटक्कै नसक्ने” वा “निकै कठिनाइ” र “केही कठिनाइ” भएको भेटिएमा तह-१ को वर्गमा पर्छन र ती विद्यार्थीहरूको कार्यगत सीमितताको गम्भीरता यकिन गर्नको लागि मेडिकल जाँचको लागि रेफर गर्ने । साथै संज्ञानात्मक क्षेत्रमा पटक्कै नसक्ने र निकै कठिनाइ भएका बालबालिकाहरुको लागि गम्भीरताको आधारमा थप परीक्षणको लागि स्वास्थ्य जाँचको लागि रेफर गर्नुहोस् र सम्बन्धित शिक्षकहरू र अभिभावसंगको परामर्शमा वैयक्तिक शैक्षणिक योजना निर्माण गर्नुपर्छ।

## ३. रेफरल सेवा तथा अन्य सेवा सुविधा निर्धारण

प्रारम्भिक पहिचान पश्चात सम्भावित कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गता पहिचान भएका बालबालिकाहरुको तह तथा अवस्था विश्लेषण भएको पश्चात आवश्यकता अनुरूपको थप सेवा सुविधा निर्धारण गर्नु गर्नुपर्छ। मेडिकल जाँच पश्चात बालबालिकाहरूको कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गता पहिचान पुष्टि भए पछि आवश्यकताको आधारमा व्यवस्थापकीय, स्वास्थ्य, शैक्षणिक तथा अन्य सेवा सुविधाहरू जस्तै छात्रवृति, वैयक्तिक शैक्षणिक योजना, घरमा गर्नु पर्ने सहायताको लागि अभिभावकसंगको सहकार्य, सहायक सामग्री ( चस्मा, श्रवन यन्त्र ), अपांगता परिचय पत्रको र मनोसामाजिक परामर्श सम्बन्धित शिक्षकहरू र अभिभावसंगको परामर्शमा निर्धारण गर्ने ।

## ४. सेवा प्रदायक निर्धारण

मेडिकल जाँच पश्चात बालबालिकाहरूको कार्यगत सीमितता पहिचान पुष्टि भए पछि आवश्यकताको आधारमा व्यवस्थापकीय, स्वास्थ्य, शैक्षणिक तथा अन्य सेवा सुविधाहरू निर्धारण भए पछि, सम्बन्धित सेवा प्रदायक म्यपिंगको विश्लेषण गर्ने, हरेक क्षेत्र अनुसार सेवा प्रदायक छुट्याउने, सम्बन्धित सेवा प्रदायकसंग समन्वय गर्ने र सम्बन्धित सेवा प्रदायकको संभावित लागत, सेवा सुविधाहरु छ / छैन बुज्नु पर्ने हुन्छ । साथै सम्बन्धित पालिकासंग पनि स्रोत र सेवा सुविधाको लागि समन्वय गर्ने पर्ने हुन्छ ।

## ५. रेफरलका लागि विवरण तथा कागजात तयारी

सम्बन्धित सेवा प्रदायक निर्धारण पश्चात आवश्यक कागजातहरूको रेकर्ड व्यवस्थापन गर्नुपर्ने हुन्छ ।जस्तै तल उल्लेखित नमुना फारम (बालबालिकाको अवस्था अनुरुपको व्यक्तिगत विवरण, इमिस नबर, विद्यालय र अभिभावकको नाम , ठेगाना, सम्पर्क नम्बर र विद्यालय कोड) प्रस्ट भर्नु पर्छ र यदि भएमा परिचय पत्र राख्नु पर्छ । सबै तयारी पश्चात बालबालिकाहरूको स्वास्थ्य तथा सुरक्षा र गोपनिएताका कुरासमेत उचित रूपमा व्यवस्थापन गर्दै सम्बन्धित सेवाप्रदायक कहाँ रेफरल गर्नुपर्ने हुन्छ ।

## ६. रेफरल

रेफरल सेवाका लागि सम्पूर्ण कार्यको मूख्य जिम्मेवारी वा रेफरल गर्ने जिम्मेवारी विद्यालय स्तरिय प्रारम्भिक पहिचान टोलीको हुन्छ भने उक्त प्रक्रियामा विद्यालय, सम्बन्धित बालबालिकाहरूको अभिभावक, सम्बन्धित सरोकारवालाहरूको समेत भूमिका महत्वपूर्ण हुन्छ । बाँके र सुर्खेत जिल्लाको रेफरल पद्दति अनुरूप विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समिति पनि रेफरल सेवाको लागि जिम्मेवार रहनेछ ।

## रेफरल दुई तरिका बाट संचालन गर्न सकिन्छ

### १ . उपयुक्त सेवा प्रदायककहाँ सिफारिस

- सेवा प्रदायक म्यपिंगको विश्लेषण गर्ने, हरेक क्षेत्र अनुसार सेवा प्रदायक छुट्याउने
- सम्बन्धित सेवा प्रदायकसंग समन्वय गर्ने
- सम्बन्धित सेवा प्रदायकको संभावित लागत, सेवा सुविधाहरु छ / छैन बुज्ने र सम्बन्धित पालिकासंग स्रोत र सेवा सुविधाको लागि समन्वय गर्ने
- अभिभावक लाई परियोजना बाट पाउने वित्तिय र व्यवस्थापकिय सहयोगको बारेमा स्पस्ट पार्ने
- बाँके र सुर्खेत जिल्लाका ४ ओटै पालिका अन्तर्गत विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समिति मार्फत सम्बन्धित सेवा प्रदायकसंग समन्वय गरेर चिकित्सकिय जांचको लागि रेफर गर्ने

### २. क्याम्प संचालन

तल उल्लिखित आधारमा सकेसम्म सबैलाई पायक पर्ने स्थानमा क्याम्प सञ्चालनको व्यवस्था मिलाउनको लागि सहजीकरण गर्ने ।

- प्रारम्भिक पहिचानका बाट तथ्याङ्क संकलनको अध्ययन गर्ने
- प्राप्त तथ्याङ्क बमोजिम केही गर्न नसक्ने, धेरै मात्रामा समस्या, केही मात्रामा समस्या (हेराइ, सुनाइ र हिडाइ) पर्ने सबैलाई क्याम्पमा बोलाउने गरी तयारी गर्ने
- आफ्नो तयारी र अपाङ्गता परिचयपत्र वितरणका लागि समेत आवश्यक सूचना सङ्कलन हुने भएकाले परिचयपत्र वितरण समितिका अध्यक्ष (पालिकाको उपाध्यक्ष उपप्रमुख) सँग समेत सल्लाह लिने एवं आफूले गर्न लागेको कार्यक्रमको जानकारी गराउने
- प्रारम्भिक पहिचानका लागि भएको तथ्याङ्क सङ्कलनका आधारमा सकेसम्म धेरैलाई पायक पर्ने स्थानमा क्याम्प राख्ने व्यवस्था मिलाउने
- पालिका, सम्बन्धित सेवा प्रदायक, विद्यालय र अभिभावकसँग समन्वय गरी क्याम्प सञ्चालनको समय मिति निर्धारण गर्ने
- मिति निश्चित हुनासाथ यस अगाडिको प्राप्त तथ्याङ्क का आधारमा केही गर्न नसक्ने, धेरै मात्रामा समस्या, केही मात्रामा समस्या (हेराइ, सुनाइ र शारीरिक) देखिएका सबैलाई अनिवार्य रूपमा

उपस्थितिका लागि सूचना सम्प्रेषण गर्ने ।सबै लक्षित समूहलाई तोकिएको ठाउँ र समयमा आउने सुनिश्चतता गर्ने

- बुँदा न ६ अनुसार सूचना सम्प्रेषण गर्दा आउन नसक्ने वा सहयोगी आवश्यक पर्ने वा यातायातको साधन प्रयोग गर्नुपर्ने तर आर्थिक अभावका कारणले नसक्ने अवस्थाका भएमा आवश्यक बजेटको लागत अनुमान गर्ने
- क्याम्पलाई सबै किसिमबाट बालअधिकार अपाङ्गता अधिकारको प्रत्याभूत हुने र अनिवार्य रुपमा कोभिद-१९ को संक्रमण बाट सुरक्षित हुनको लागि सुरक्षाका मापदण्ड पालना हुने गरी क्याम्प व्यवस्थापन गर्ने

## ७ फलोअप तथा सेवा सुविधा सुनिश्चताका लागि पैरवी

रेफरल सेवा पश्चात बालबालिकाहरूले रेफरल अनुरूप सेवा सुविधाहरू प्राप्त गरिरहेको वा अवस्था बारेमा समेत समय समयमा फलोअप गरिरहनुपर्ने हुन्छ । यदि बालबालिकाहरूले सेवा सुविधा प्राप्त गर्न तथा कुनै किसिमको कठिनाइ भएको अवस्थामा विद्यालय स्तरिय प्रारम्भिक पहिचान टोली र बाँके र सुर्खेतको ४ ओटै पालिका अन्तर्गत विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समितिले नियमित रूपमा पैरवी समेत गर्दै बालबालिकाहरूको अधिकार तथा सेवाहरू सुनिश्चिचत गर्नुपर्ने हुन्छ ।

## रेफरल को लागि वैयक्तिक फाइल निर्माण गर्ने र आवश्यक कागजात

विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोलीले प्रत्येक बालबालिकाको वैयक्तिक फाइल निर्माण गर्ने, बालबालिकाको वैयक्तिक फाइल निर्माण गर्दा निम्न विवरण राख्नु पर्दछ :

- बालबालिकाको अवस्था अनुरुपको व्यक्तिगत विवरण, इमिस नम्बर, परिचय पत्र ( यदि भएमा ), विद्यालय र अभिभावकको नाम , ठेगाना, सम्पर्क नम्बर, विद्यालय कोड
- प्रारम्भिक पहिचानका बाट आएको कार्यगत सिमितता तथा कठिनाइको विवरण ( नमुना फारममा भएको विवरण )
- रेफरलको लागि सेवा दिने सेवाप्रदायकको विवरण
- रेफरल आएको विवरण तथा प्रमाणीकरण
- सहयोग सामग्रीको दिएको विवरण

**रेफरल गर्नुपूर्व, रेफरलको क्रममा तथा रेफरल पश्चात ध्यानदिनुपर्ने पक्ष**

- बाल अधिकार तथा बालबालिकाहरूको सुरक्षा;
- तथ्यगत विवरण तथा रेकर्ड व्यवस्थापन;
- गोपनियता;
- सम्बन्धित सेवा प्रदायक सुनिश्चितता तथा समन्वय;
- सम्बन्धित बालबालिकाहरूको अभिभावकलाई रेफल गर्नुको कारण, अवस्था तथा हुन सक्ने जोखिम, न्यूनिकरण तथा सम्भावित सेवा सुविधाबारे जानकारी;
- सम्भावित कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गताबारे अभिभावकलाई सामान्य जानकारी;
- रेफरलमा अभिभावकको सहभागीता;
- सेवा प्रदायकका बारेमा अभिभावकलाई प्रष्ट;
- सेवा प्रदायककहाँ गर्नुपर्ने सामान्य कार्यबारे अभिभावकलाई जानकारी;
- अभिभावकको वा रेफरलका लागि लिएर जाने व्यक्तिको सम्पर्क विवरण टिपोट;
- रेफरल कार्ड वा बालबालिकाको विवरण खुल्ने अन्य आवश्यक कागजातहरू;
- सम्भावित लागत;
- रेफरलका लागि सेवा प्रदायकको गए नगएको फलोअप र नगएको भए सेवा प्रदायकमा जान अनुरोध गर्ने;
- रेफर गरिएको सेवा सुविधा के कसरी, कहाँ कहाँ ? प्राप्त गरिरहेको सो बारेमा जानकारी लिने;
- रेफरल पश्चात कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गता पहिचान भए अनुरूप थप आवश्यकीय व्यवस्थापकीय स्वास्थ्य तथा शैक्षणिक सेवा सुविधाका लागि पहल र सनिश्चितता;
- कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गताको अवस्था अनुरूप पाउनुपर्ने सेवा सुविधाहरू प्रदान गर्ने सेवा प्रदायकबारे अभिभावकलाई जानकारी प्रदान;
- कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गताको अवस्था अनुरूप पाउनुपर्ने सेवा सुविधाहरूको सुनिश्चितता आदि ।

**रेफरलका लागि नमूना फाराम :**

सबैका लागि पढाइ परियोजना अन्तर्गत सभ्भावित कार्यगत सीमितता तथा अपाङ्गताको थप परिक्षण तथा पहिचानका लागि नमूना फाराम प्रस्ताव गरिएको छ । साथै अन्य व्यवस्थापकीय, स्वास्थ्य तथा शैक्षणिक सहयोगका लागि सब सिस्टम अनुरूप सेवा सुविधाको सुनिश्चतता गर्नुपर्ने हुन्छ । रेफरल सेवाका लागि पठाईएका बालबालिकाहरूको विवरणको प्रष्ट रेकर्ड पनि राख्नुपर्ने हुन्छ । सकभर उक्त रेफरल कार्ड २ प्रति भरेर एक प्रति बालबालिकाको साथमा पठाउनुपर्ने हुन्छ भने एक प्रति विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोलीसंग सुरक्षित रूपमा फाइल बनाएर रेकर्ड राख्नुपर्ने हुन्छ । बालबालिकाहरूकलाइ थप स्वास्थ्य परिक्षण तथा स्वास्थ्य सेवाका लागि परियोजना अन्तर्गत तयार गरिएको रेफरल सेवाका लागि नमूना फाराम तल प्रस्तुत गरिएको छ ।

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

## प्रेषण/स्थानान्तरण कार्ड (Referral Card) – थप स्वास्थ्य परीक्षण सेवाका लागि

१. सम्बन्धित विद्यालय भर्नुपर्ने

| | | |
|---|---|---|
| विद्यार्थीको नाम : | लिङ्ग : ☐ केटी ☐ केटा ☐ अन्य | विद्यार्थीको ठेगाना :<br>........................प्रदेश........................जिल्ला<br>....................................पालिका ..........वार्ड नं.<br>................................गाउँ |
| जन्म मिति : | कक्षा: ☐ ECD ☐ कक्षा १ ☐ कक्षा २ ☐ कक्षा ३ | |
| विद्यार्थीको IEMIS कोड नं. : | विद्यालयको IEMIS कोड नं. : | |
| विद्यालयको नाम : | विद्यालयको ठेगाना : | |
| अभिभावकको नाम : | प्रारम्भिक पहिचान गरिएको मिति | रेफर गरेको मिति |
| अभिभावकको सम्पर्क नं. : | | |

| सम्भावित कार्यगत सीमितता वा कठिनाइ विवरण | कठिनाइको मात्रा |
|---|---|
| | ☐ केही ☐ धेरै ☐ एकदमै धेरै |
| | ☐ केही ☐ धेरै ☐ एकदमै धेरै |
| | ☐ केही ☐ धेरै ☐ एकदमै धेरै |
| अन्य थप विवरण : | |

२. विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोलीले भर्नुपर्ने

| प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गरिएको सेवा प्रदायकको विवरण | | | प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गर्नेको विवरण |
|---|---|---|---|
| सेवा प्रदायकको नाम : | ........................................ | ठेगाना : ....................................................... | विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोली<br>विद्यालयको नाम.......................................................<br>...........................पालिका ..............जिल्ला..................प्रदेश<br>समिति संयोजकको नाम :<br>समिति संयोजकको सम्पर्क फोन नं. :<br>................ ................ ................<br>हस्ताक्षर मिति संस्थाको छाप |
| फोन नं. : | ........................................ | | |
| सम्पर्क व्यक्तिको नाम : | ........................................ | सम्पर्क व्यक्तिको फोन नं. : .............................. | |
| अन्य विवरण : | | | |

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE · handicap international · WORLD EDUCATION

## प्रेषण/स्थानान्तरण कार्ड (Referral Card) – व्यवस्थापकीय तथा शैक्षिक सेवासुविधाका लागि

१. सम्बन्धित विद्यालय भर्नुपर्ने

| | | | |
|---|---|---|---|
| विद्यार्थीको नाम : | लिङ्ग : ☐ केटी ☐ केटा ☐ अन्य | | विद्यार्थीको ठेगाना :<br>.......................प्रदेश.......................जिल्ला<br>..................................पालिका .........वार्ड नं.<br>..............................गाउँ |
| जन्म मिति : | कक्षा: ECD ☐ कक्षा १ ☐ कक्षा २ ☐ कक्षा ३ ☐ | | |
| विद्यार्थीको IEMIS कोड नं. : | विद्यालयको IEMIS कोड नं. : | | |
| विद्यालयको नाम : | विद्यालयको ठेगाना : | | |
| अभिभावकको नाम : | प्रारम्भिक पहिचान गरिएको मिति | अपाङ्गता वा कठिनाइ सुनिश्चित मिति | थप सेवासुविधा रेफर मिति |
| अभिभावकको सम्पर्क नं. : | | | |

### पहिचान भएको वा सुनिश्चित भएको अपाङ्गता/कार्यगत सीमितता/कठिनाइ विवरण

१. शारीरिक अपाङ्गता ☐ २. दृष्टि सम्बन्धी अपाङ्गता (पूर्ण दृष्टिविहीन ☐ दृष्टिविहीनता ☐ न्यून दृष्टियुक्त ☐ ३. सुनाइसम्बन्धी अपाङ्गता ☐ (बहिरा ☐ सुस्त श्रवण ☐ )
४. श्रवण दृष्टिविहीन अपाङ्गता ☐ ५. स्वर र बोलाइसम्बन्धी अपाङ्गता ☐ ६. मानसिक वा मनोसामाजिक अपाङ्गता ☐ ७. बौद्धिक अपाङ्गता ☐
८. अनुवंशीय रक्तश्राव (हेमोफिलिया)सम्बन्धी अपाङ्गता ☐ ९. अटिजमसम्बन्धी अपाङ्गता ☐ १०. बहु अपाङ्गता ☐

११. सिकाइसम्बन्धी कठिनाइ (.................................................................................................)

सम्बन्धित विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोलीले भर्नुपर्ने

| प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गरिएको सेवासुविधाहरू | | प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गर्नेको विवरण |
|---|---|---|
| व्यवस्थापकीय सेवा तथा सहयोग आवश्यकता | शैक्षिक सेवा तथा सहयोग आवश्यकता | |
| अपाङ्गता परिचयपत्र आवश्यक: ☐ छ ☐ छैन | वैयक्तिक शैक्षिक योजना आवश्यक: ☐ छ ☐ छैन | विद्यालय स्तरीय प्रारम्भिक पहिचान टोली<br>विद्यालयको नाम.......................................................:<br>पालिका .............जिल्ला..................प्रदेश |
| परिचयपत्रको वर्ग : ☐ क ☐ ख ☐ ग ☐ घ | आवश्यकता अनुरूप थप समय आवश्यक: ☐ छ ☐ छैन | |

<table>
<tr><td>छात्रवृत्ति आवश्यकः ☐ छ ☐ छैन<br>छात्रवृत्तिको प्रकार :☐ ख☐ ☐ ☐<br>घ</td><td>आवश्यकता अनुरूप थप शैक्षणिक सामग्री आवश्यकः<br>☐ छ ☐ छैन</td><td rowspan="3">समिति संयोजकको नाम :<br><br>समिति संयोजकको सम्पर्क फोन नं. :<br><br>................ ................. .................<br>हस्ताक्षर मिति संस्थाको छाप</td></tr>
<tr><td>सहायता सामग्री आवश्यकः ☐ छ ☐ छैन<br>सामग्रीको नामः ..........................................</td><td>आवश्यकता अनुरूप कक्षाकोठा व्यवस्थापन आवश्यकः<br>☐ छ ☐ छैन</td></tr>
<tr><td>☐ स्रोत कक्षामा समावेश गर्नुपर्ने<br>☐ विशेष विद्यालयमा समावेश गर्नुपर्ने<br>☐ मूलधारका विद्यालयमा समावेश गर्नुपर्ने</td><td>आवश्यकता अनुरूप वैकल्पिक मूल्याङ्कनको व्यवस्था आवश्यकः<br>☐ छ ☐ छैन</td></tr>
</table>

| रेफरल (प्रेषण) गरिने सेवाप्रदायक वा कार्यालय | | |
|---|---|---|
| परिचय-पत्रको लागि ...................................... | ठेगानाः ........................................ | सम्पर्क व्यक्तिः .......................... फोनः ..................... |
| छात्रवृत्तिको लागिः ........................................ | ठेगानाः ........................................ | सम्पर्क व्यक्तिः .......................... फोनः ..................... |
| अन्य व्य. सेवाको (..............................) लागि रेफर गर्ने कार्यालय/शाखाः .......................................... | ठेगानाः ........................................ | सम्पर्क व्यक्तिः .......................... फोनः ..................... |

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
**शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र**

विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समिति

.............................. पालिका ..........................

## प्रेषण/स्थानान्तरण कार्ड (Referral Card) – थप स्वास्थ्य परीक्षण सेवाका लागि

३. सम्बन्धित विद्यालय भर्नुपर्ने

| | | |
|---|---|---|
| विद्यार्थीको नाम : | लिङ्ग : ☐ केटी ☐ केटा ☐ अन्य | विद्यार्थीको ठेगाना :<br>..........................प्रदेश..........................जिल्ला<br>......................................पालिका ..........वार्ड नं.<br>.................................गाउँ |
| जन्म मिति : | कक्षा: ☐ ECD ☐ कक्षा १ ☐ कक्षा २ ☐ कक्षा ३ | |
| विद्यार्थीको IEMIS कोड नं. : | विद्यालयको IEMIS कोड नं. : | |
| विद्यालयको नाम : | विद्यालयको ठेगाना : | |
| अभिभावकको नाम : | प्रारम्भिक पहिचान गरिएको मिति | रेफर गरेको मिति |
| अभिभावकको सम्पर्क नं. : | | |

| सम्भावित कार्यगत सीमितता वा कठिनाइ विवरण | कठिनाइको मात्रा |
|---|---|
| | ☐ केही ☐ धेरै ☐ एकदमै धेरै |
| | ☐ केही ☐ धेरै ☐ एकदमै धेरै |
| | ☐ केही ☐ धेरै ☐ एकदमै धेरै |
| अन्य थप विवरण : | |

४. सम्बन्धित विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समितिले भर्नुपर्ने

| प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गरिएको सेवा प्रदायकको विवरण | | | प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गर्नेको विवरण |
|---|---|---|---|
| सेवा प्रदायकको नाम : | ........................................ | ठेगाना : ...................................................... | विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समिति<br>संयोजकको नाम :<br>समिति संयोजकको सम्पर्क फोन नं. :<br>................. .................. ..................<br>हस्ताक्षर मिति संस्थाको छाप |
| फोन नं. : | ........................................ | | |
| सम्पर्क व्यक्तिको नाम : | ........................................ | सम्पर्क व्यक्तिको फोन नं. : ............................... | |
| अन्य विवरण : | | | |

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
**शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र**

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

**विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समिति**

**.............................. पालिका ..........................**

## प्रेषण/स्थानान्तरण कार्ड (Referral Card) – व्यवस्थापकीय तथा शैक्षणिक सेवासुविधाका लागि

२. सम्बन्धित विद्यालय भर्नुपर्ने

| | | | |
|---|---|---|---|
| **विद्यार्थीको नाम :** | **लिङ्ग :** ☐ केटी ☐ केटा ☐ अन्य | | **विद्यार्थीको ठेगाना :** ..........................प्रदेश..........................जिल्ला .......................................पालिका ..........वार्ड नं. ................................गाउँ |
| **जन्म मिति :** | **कक्षा:** ECD ☐ कक्षा १ ☐ कक्षा २ ☐ कक्षा ३ ☐ | | |
| **विद्यार्थीको IEMIS कोड नं. :** | **विद्यालयको IEMIS कोड नं. :** | | |
| **विद्यालयको नाम :** | **विद्यालयको ठेगाना :** | | |
| **अभिभावकको नाम :** | **प्रारम्भिक पहिचान गरिएको मिति** | **अपाङ्गता वा कठिनाइ सुनिश्चित मिति** | **थप सेवासुविधा रेफर मिति** |
| **अभिभावकको सम्पर्क नं. :** | | | |

**पहिचान भएको वा सुनिश्चित भएको अपाङ्गता/कार्यगत सीमितता/कठिनाइ विवरण**

१. शारीरिक अपाङ्गता ☐ २. दृष्टि सम्बन्धी अपाङ्गता (पूर्ण दृष्टिविहीन ☐ दृष्टिविहीनता ☐ न्यून दृष्टियुक्त ☐ ३. सुनाइसम्बन्धी अपाङ्गता ☐ (बहिरा ☐ सुस्त श्रवण ☐ )
४. श्रवण दृष्टिविहीन अपाङ्गता ☐ ५. स्वर र बोलाइसम्बन्धी अपाङ्गता ☐ ६. मानसिक वा मनोसामाजिक अपाङ्गता ☐ ७. बौद्धिक अपाङ्गता ☐
८. अनुवंशीय रक्तश्राव (हेमोफिलिया)सम्बन्धी अपाङ्गता ☐ ९. अटिजमसम्बन्धी अपाङ्गता ☐ १०. बहु अपाङ्गता ☐
**११. सिकाइसम्बन्धी कठिनाइ (.......................................................................................................................)**

३. सम्बन्धित विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समितिले भर्नुपर्ने

<table>
<tr><th colspan="2">प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गरिएको सेवासुविधाहरू</th><th>प्रेषण/स्थानान्तरण वा सिफारिस गर्नेको विवरण</th></tr>
<tr><th>व्यवस्थापकीय सेवा तथा सहयोग आवश्यकता</th><th>शैक्षणिक सेवा तथा सहयोग आवश्यकता</th><td rowspan="5">विद्यार्थी लेखाजोखा प्राविधिक समिति<br>............................पालिका<br>..............जिल्ला..................प्रदेश<br><br>समिति संयोजकको नाम :<br><br>समिति संयोजकको सम्पर्क फोन नं. :<br><br>................ ................. .................<br>हस्ताक्षर मिति संस्थाको छाप</td></tr>
<tr><td>अपाङ्गता परिचयपत्र आवश्यकः ☐ छ ☐ छैन<br>परिचयपत्रको वर्ग : ☐ क ☐ ख ☐ ग ☐ घ</td><td>वैयक्तिक शैक्षणिक योजना आवश्यकः ☐ छ ☐ छैन<br>आवश्यकता अनुरूप थप समय आवश्यकः ☐ छ ☐ छैन</td></tr>
<tr><td>छात्रवृत्ति आवश्यकः ☐ छ ☐ छैन<br>छात्रवृत्तिको प्रकार : ☐ क ☐ ख ☐ ग ☐ घ</td><td>आवश्यकता अनुरूप थप शैक्षणिक सामग्री आवश्यकः<br>☐ छ ☐ छैन</td></tr>
<tr><td>सहायता सामग्री आवश्यकः ☐ छ ☐ छैन<br>सामग्रीको नामः ..........................................</td><td>आवश्यकता अनुरूप कक्षाकोठा व्यवस्थापन आवश्यकः<br>☐ छ ☐ छैन</td></tr>
<tr><td>☐ स्रोत कक्षामा समावेश गर्नुपर्ने<br>☐ विशेष विद्यालयमा समावेश गर्नुपर्ने<br>☐ मूलधारका विद्यालयमा समावेश गर्नुपर्ने</td><td>आवश्यकता अनुरूप वैकल्पिक मूल्याङ्कनको व्यवस्था आवश्यकः<br>☐ छ ☐ छैन</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3"><u>रेफरल (प्रेषण) गरिने सेवाप्रदायक वा कार्यालय</u></th></tr>
<tr><td>परिचय-पत्रको लागि ....................................</td><td><u>ठेगानाः ........................................</u></td><td>सम्पर्क व्यक्तिः .......................... फोनः ....................</td></tr>
<tr><td>छात्रवृत्तिको लागिः ......................................</td><td>ठेगानाः ........................................</td><td>सम्पर्क व्यक्तिः .......................... फोनः ....................</td></tr>
<tr><td>अन्य व्य. सेवाको (.............................) लागि रेफर गर्ने कार्यालय/शाखाः ...........................................</td><td><u>ठेगानाः ........................................</u></td><td>सम्पर्क व्यक्तिः .......................... फोनः ....................</td></tr>
</table>

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

## Disability Confirmation Form

**(Form to be filled up by the medical personnel after the medical checkup)**

**Disability (Check ✓ the option):** ☐ **YES** ☐ **NO**

**Note: If "Yes" Please proceed with the next steps mentioned below else you could discard further steps.**

**Physical Disability based on Severity (Check ✓ the option based on the severity of the Physical Disability)**

| **A) Profound** | | | **B) Severe** | | **C) Moderate** | | **D) Mild** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Completely unable to move the body | **1** | Both hands lost or unable to move both hands below shoulders | **1** | One hand lost or non-functional below the shoulder | **1** | Slightly shorthand or leg |
| **2** | Completely unable to walk | **2** | Unable to move both hands and legs or lost | **2** | Thumbs and index fingers of both hands lost | **2** | Parts below one palm lost or unable to move palm |
| **3** | Needs daily intensive care and support | **3** | Unable to move body parts below the waist or lost | **3** | Foot parts below both ankles lost, but able to walk | **3** | Thumb or index finger of one hand lost or having only thumb or index finger in both hands |
| | | **4** | Both legs are completely non-functional and is using crutches | **4** | Stooping due to spinal problem | **4** | Toes of both feet lost |
| | | | | **5** | A person having less than 3 feet height | **5** | Hard of hearing but clear speech |

**Disability Cause (Check ✓ the cause of the disability)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Genetic | 2. By Birth | 3. Diseases | 4. Accident | 5. Natural Disaster | 6. Armed Conflict | 7. Others |

**Remarks (if any):** **Name & Signature:**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

**Disability Confirmation Form**

**(Form to be filled up by the medical personnel after the medical checkup)**

**Disability (Check ✓ the option):** ☐ **YES** ☐ **NO**

**Note: If "Yes" Please proceed with the next steps mentioned below else you could discard further steps.**

**Visual Impairment based on the Sub Category (Check ✓ the option based on the Sub Category of the Visual Impairment)**

| A) Complete Blind | | | B) Blindness | | C) Low vision |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Completely Blind | **1** | Blindness | **1** | Low vision and unable to read without lens or magnifying glass |
| | | | | **2** | Low vision but able to read bigger letters |

**Cause of Visual Impairment (Check ✓ the cause of the impairment)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Genetic | 2. By Birth | 3. Diseases | 4. Accident | 5. Natural Disaster | 6. Armed Conflict | 7. Others |

**Remarks (if any):** **Name & Signature:**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

**Disability Confirmation Form**

**(Form to be filled up by the medical personnel after the medical checkup)**

**Disability (Check ✓ the option):** ☐ **YES** ☐ **NO**

**Note: If "Yes" Please proceed with the next steps mentioned below else you could discard further steps.**

**Hearing Impairment based on Sub Category (Check ✓ the option based on the Sub Category of the Hearing Impairment)**

| | **A) Deafness** | | **B) Hard of Hearing** |
|---|---|---|---|
| **1** | Completely unable to hear(deaf) | **1** | Able to hear by the use of hearing aid or loud sound |
| | | **2** | Able to hear with hearing aid but have clear speech |

**Cause of Hearing Impairment (Check ✓ the cause of the impairment)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Genetic | 2. By Birth | 3. Diseases | 4. Accident | 5. Natural Disaster | 6. Armed Conflict | 7. Others |

**Remarks (if any):** **Name & Signature:**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

**Disability Confirmation Form**

**(Form to be filled up by the medical personnel after the medical checkup)**

**Disability (Check ✓ the option):** ☐ **YES** ☐ **NO**

**Note: If "Yes" Please proceed with the next steps mentioned below else you could discard further steps.**

**Deaf-Blind Disability based on Severity (Check ✓ the option based on the severity of the Deaf-Blind Disability)**

| **A)** Profound | | | **B)** Moderate |
|---|---|---|---|
| **1** | Completely deaf and blind | **1** | Hard of hearing and low-vision using both hearing aid and eyeglasses |

**Cause of Deaf-Blind Disability (Check ✓ the cause of the disability)**

| 1. Genetic | 2. By Birth | 3. Diseases | 4. Accident | 5. Natural Disaster | 6. Armed Conflict | 7. Others |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**Remarks (if any):** **Name & Signature:**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

## Disability Confirmation Form

**(Form to be filled up by the medical personnel after the medical checkup)**

**Disability (Check ✓ the option):** ☐ **YES** ☐ **NO**

**Note: If "Yes" Please proceed with the next steps mentioned below else you could discard further steps.**

**Multiple Disabilities based on Severity (Check ✓ the option based on the Severity of the Multiple Disability)**

| A) Profound | | | B) Severe |
|---|---|---|---|
| **1** | Having two or more disabilities and needs care and support from others to perform all daily activities | **1** | Needs support from others regularly due to multiple disabilities |

**Cause of Multiple Disability (Check ✓ the cause of the disability)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Genetic | 2. By Birth | 3. Diseases | 4. Accident | 5. Natural Disaster | 6. Armed Conflict | 7. Others |

**Remarks (if any):** **Name & Signature:**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

## अपाङ्गता प्रमाणिकरण फाराम

### (चेकजाँच पश्चात चिकित्सक/डक्टर द्वारा भरिने फाराम)

**नाम:** **ठेगाना :** **उमेर :** **अभिभावकको नाम :**

**सम्पर्क नं:**

**मानसिक वा मनोसामाजिक सम्बन्धी अपाङ्गता अन्तर्गत गम्भिरताको किसिम (प्रमाणित भएको अवस्था अनुरूप गोलो ○ चिन्ह लगाउनुहोस्)**

| क) पूर्ण अशक्त अपाङ्गता | | | ख) अति अशक्त अपाङ्गता | | ग) मध्यम अपाङ्गता | | घ) सामान्य अपाङ्गता |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १ | निरन्तर रुपमा सघन हेरचाह (स्याहार सुसार) को आवश्यक परिरहने मनोसामाजिक अपाङ्गता भएका व्यक्ति | | | १ | मानसिक वा इन्द्रिय सम्बन्धी समस्या वा क्षतिका कारण र विचलनले दैनिक क्रियाकलाप सहज रूपमा गर्न नसक्ने र अंशिक रूपमा अरूको सहयोग लिनुपर्ने व्यक्तिहरु | १ | मानसिक वा इन्द्रिय सम्बन्धी सामान्य विचलन भएका दैनिक क्रियाकलाप स्वयम् गर्न सक्ने व्यक्तिहरु |
| २ | दुई वा सोभन्दा बढि प्रकृतिका शारीरिक, मानसिक वा इन्द्रिय सम्बन्धी क्षति भई सबैजसो दैनिक क्रियाकलापहरु अन्य व्यक्तिकै सहयोगमा गर्नुपर्ने अवस्थाका व्यक्ति | | | | | | |
| ३ | मानसिक वा इन्द्रिय सम्बन्धी प्रणालीहरुमा भएको क्षति र यसले ल्याएको कार्यगत विचलनको अवस्था असाध्य गम्भीर भई अरुको सहयोग लिएर पनि दैनिक जीवन सम्पादन गर्न असाध्यै कठिन हुने व्यक्ति | | | | | | |

**अपाङ्गताको कारण (अपाङ्गताको कारणमा गोलो चिन्ह ○ लगाउनुहोस्)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १. बंशानुगत | २. जन्मजात | ३. रोगको दिर्घ असर | ४. दुर्घटना | ५. प्राकृतिक प्रकोप | ६. द्वन्द | ७. हिंसा | ८. अन्य ........................ |

**चेकजाँच तथा प्रमाणित गर्नेको नाम:** **हस्ताक्षर :** **मिति :**

**अस्पतालको छाप :**

## अपाङ्गता प्रमाणिकरण फाराम

### (चेकजाँच पश्चात चिकित्सक/डक्टर द्वारा भरिने फाराम)

**नाम:** **ठेगाना :** **उमेर :** **अभिभावको नाम :**

**सम्पर्क नं:**

**बौद्धिक अपाङ्गता अन्तर्गत गम्भिरताको किसिम (प्रमाणित भएको अवस्था अनुरूप गोलो ○ चिन्ह लगाउनुहोस्)**

| क) पूर्ण अशक्त अपाङ्गता | | | ख) अति अशक्त अपाङ्गता | | ग) मध्यम अपाङ्गता | | घ) सामान्य अपाङ्गता |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १ | तीव्र बौद्धिक अपाङ्गता भएका व्यक्ति | १ | दैनिक क्रियाकलाप स्वयम् गर्न नसक्ने सिकाइमा समस्या भएका बौद्धिक अपाङ्गता ब्यक्ति | १ | सिकाइमा ढिलाइ भएका दैनिक क्रियाकलाप स्वयम् गर्न सक्ने बौद्धिक अपाङ्गता भएका व्यक्ति | | |

**अपाङ्गताको कारण (अपाङ्गताको कारणमा गोलो चिन्ह ○ लगाउनुहोस्)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १. बंशानुगत | २. जन्मजात | ३. रोगको दिर्घ असर | ४. दुर्घटना | ५. प्राकृतिक प्रकोप | ६. द्वन्द | ७. हिंसा | ८. अन्य ........................ |

**चेकजाँच तथा प्रमाणित गर्नेको नाम:** **हस्ताक्षर :** **मिति :**

**अस्पतालको छाप :**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
**शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र**

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

## अपाङ्गता प्रमाणिकरण फाराम

### (चेकजाँच पश्चात चिकित्सक/डक्टर द्वारा भरिने फाराम)

**नाम:** **ठेगाना :** **उमेर :** **अभिभावकको नाम :**
**सम्पर्क नं:**

**अनुवंशीय रक्तश्राव (हेमोफिलिया) सम्बन्धी अपाङ्गता अन्तर्गत गम्भिरताको किसिम (प्रमाणित भएको अवस्था अनुरूप गोलो ○ चिन्ह लगाउनुहोस्)**

| क) पूर्ण अशक्त अपाङ्गता | | | ख) अति अशक्त अपाङ्गता | | ग) मध्यम अपाङ्गता | | घ) सामान्य अपाङ्गता |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | १ | अनुवंशीय रक्तश्राव (हेमोफेलिया) सम्बन्धी समस्या भई दैनिक हिंडडुलमा कठिनाइ हुने व्यक्ति | | |

**अपाङ्गताको कारण (अपाङ्गताको कारणमा गोलो चिन्ह ○ लगाउनुहोस्)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १. बंशानुगत | २. जन्मजात | ३. रोगको दिर्घ असर | ४. दुर्घटना | ५. प्राकृतिक प्रकोप | ६. द्वन्द | ७. हिंसा | ८. अन्य ........................ |

**चेकजाँच तथा प्रमाणित गर्नेको नाम:** **हस्ताक्षर :** **मिति :**
**अस्पतालको छाप :**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र
USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
handicap international
WORLD EDUCATION

## अपाङ्गता प्रमाणिकरण फाराम

### (चेकजाँच पश्चात चिकित्सक/डक्टर द्वारा भरिने फाराम)

**नामः** **ठेगाना :** **उमेर :** **अभिभावको नाम :**
**सम्पर्क नंः**

**अटिजम सम्बन्धी अपाङ्गता अपाङ्गता अन्तर्गत गम्भिरताको किसिम (प्रमाणित भएको अवस्था अनुरूप गोलो ○ चिन्ह लगाउनुहोस्)**

| क) पूर्ण अशक्त अपाङ्गता | | | ख) अति अशक्त अपाङ्गता | | ग) मध्यम अपाङ्गता | | घ) सामान्य अपाङ्गता |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १ | दैनिक क्रियाकलापहरु पनि स्वयम् गर्न नसक्ने तीव्र रुपम अटिज्म प्रभावित व्यक्ति | १ | दैनिक क्रियाकलाप स्वयम् गर्न नसक्ने अटिज्म भएका व्यक्ति | १ | दैनिक क्रियाकलाप स्वयम् गर्न सक्ने अटिजम भएका व्यक्ति | | |

**अपाङ्गताको कारण (अपाङ्गताको कारणमा गोलो चिन्ह ○ लगाउनुहोस्)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १. बंशानुगत | २. जन्मजात | ३. रोगको दिर्घ असर | ४. दुर्घटना | ५. प्राकृतिक प्रकोप | ६. द्वन्द | ७. हिंसा | ८. अन्य ........................ |

**चेकजाँच तथा प्रमाणित गर्नेको नाम:** **हस्ताक्षर :** **मिति :**
**अस्पतालको छाप :**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
**शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र**

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

## अपाङ्गता प्रमाणिकरण फाराम

## (चेकजाँच पश्चात चिकित्सक/डक्टर द्वारा भरिने फाराम)

**नाम:** **ठेगाना :** **उमेर :** **अभिभावको नाम :**
**सम्पर्क नं:**

**बहु अपाङ्गता अन्तर्गत गम्भिरताको किसिम (प्रमाणित भएको अवस्था अनुरूप गोलो ◯ चिन्ह लगाउनुहोस्)**

| **क) पूर्ण अशक्त अपाङ्गता** | | | **ख) अति अशक्त अपाङ्गता** | | **ग) मध्यम अपाङ्गता** | | **घ) सामान्य अपाङ्गता** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १ | दुई वा सोभन्दा बढि प्रकृतिका शारीरिक, मानसिक वा इन्द्रिय सम्बन्धी क्षति भई सबैजसो दैनिक क्रियाकलापहरु अन्य व्यक्तिकै सहयोगमा गर्नुपर्ने अवस्थाका व्यक्ति | १ | निरन्तर अरुको सहयोग लिइरहनुपर्ने बहुअपाङ्गता भएका व्यक्ति | १ | सहयोगि सामग्रीको सहायता तथा अनुकुल वातावरण निर्माण गरि दैनिक क्रियाकलाप गर्न सक्ने बहुअपाङ्गता भएका व्यक्ति | १ | दुई वा सोभन्दा बढि प्रकृतिका हल्का बहुअपाङ्गता भएका र दैनिक क्रियाकलाप स्वएम् गर्न सक्ने व्यक्ति |

**अपाङ्गताको कारण (अपाङ्गताको कारणमा गोलो चिन्ह ◯ लगाउनुहोस्)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १. बंशानुगत | २. जन्मजात | ३. रोगको दिर्घ असर | ४. दुर्घटना | ५. प्राकृतिक प्रकोप | ६. द्वन्द | ७. हिंसा | ८. अन्य ....................... |

**चेकजाँच तथा प्रमाणित गर्नेको नाम:** **हस्ताक्षर :** **मिति :**
**अस्पतालको छाप :**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION

# अपाङ्गता प्रमाणिकरण फाराम

## (चेकजाँच पश्चात चिकित्सक/डक्टर द्वारा भरिने फाराम)

**नाम:** **ठेगाना :** **उमेर :** **अभिभावकको नाम :**

**सम्पर्क नं:**

**सिकाइ कठिनाइ अन्तर्गत (प्रमाणित भएको अवस्था अनुरूप गोलो ○ चिन्ह लगाउनुहोस्)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **१. पढ्नमा कठिनाइ हुने समस्या (Dyslexia)** | **२. लेख्नमा कठिनाइ हुने समस्या (Dysgraphia)** | **३. गणितमा कठिनाइ हुने समस्या (Dyscalculia)** | **४. ध्यान एकत्रित नहुने समस्या (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder - ADHD)** | **५. दृष्टि प्रक्रियामा विचलन (Visual Processing Disorder)** | **६. सुनाइ प्रक्रियामा विचलन (Auditory Processing Disorder)** | **७. शारीरिक सन्तुलन र संयोजनमा हुने कठिनाइ तथा भाषा र बोलीमा कठिनाइको समस्या (Dyspraxia)** | **८. अन्य (Other) ......................** |

**सिकाइ कठिनाइ हुनुका कारण (अपाङ्गताको कारणमा गोलो चिन्ह ○ लगाउनुहोस्)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| १. बंशानुगत | २. जन्मजात | ३. रोगको दिर्घ असर | ४. दुर्घटना | ५. प्राकृतिक प्रकोप | ६. द्वन्द | ७. हिंसा | ८. अन्य ........................ |

**चेकजाँच तथा प्रमाणित गर्नेको नाम:** **हस्ताक्षर :** **मिति :**

**अस्पतालको छाप :**

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र
USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
handicap international
WORLD EDUCATION

## अपाङ्गता पुष्टिकरण पश्चात इमिस सब सिस्टममा अपडेट गरिने विवरणको सूची

| १) विद्यार्थीलाइ चाहिने शैक्षिक सहयोग | २)कक्षाकोठा व्यवस्थापन | ३)कहाँ रेफर गर्ने | ४)कैफियत |
|---|---|---|---|
| ▪ छात्रवृत्ति<br>▪ वैयक्तिक शैक्षणिक योजना (IEP)<br>▪ घरमा गर्नुपर्ने सहायताको लागि अभिभावकसँगको सहकार्य<br>▪ सहायक सामग्री (चस्मा, श्रवण यन्त्र आदी)<br>▪ आवास<br>▪ अन्य | ▪ विशेष विद्यालको आवश्यकता<br>▪ स्रोत कक्षाको आवश्यकता<br>▪ पहुँचमा (न्याम्प, शौचालय आदि) सुनिश्चितता<br>▪ उपयुक्त वसाइ व्यवस्थापनको (अगाडि, बोर्ड वा शिक्षकको नजिक बस्ने व्यवस्था) सुनिश्चितता<br>▪ विशेष सिकाइ सामग्रीको (ब्रेल, टाइपोस्कोप, संकेत चार्ट, ब्लक आदी) व्यवस्था<br>▪ परिक्षामा विशेष सहायताको व्यवस्था<br>▪ उपयुक्त प्रकाशको व्यवस्था<br>▪ अन्य | ▪ मेडिकल वा अन्य प्राविधिक दक्ष-व्यक्ति समक्ष रेफरल<br>▪ विशेष विद्यालय वा स्रोत कक्षाका लागि रेफरल<br>▪ सहायक सामग्रीको लागि रेफरल<br>▪ अपांगता परिचय पत्रको लागि रेफरल<br>▪ मनोसामाजिक परामर्शको लागि रेफरल<br>▪ परिवारको जीविकोपार्जनको लागि रेफरल<br>▪ अन्य | |

Reading for All Program | सबैका लागि पढाइ कार्यक्रम

नेपाल सरकार
शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय
शिक्षा तथा मानव स्रोत विकास केन्द्र

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

handicap international

WORLD EDUCATION