

Nepal Netra Jyoti Sangh
Eye Health Program-Rapti and Bahadurgunj
Rapti Eye Hospital
Chhanda(Kalebabu)-Narayani Eye Hospital
Lamahi Eye Hospital



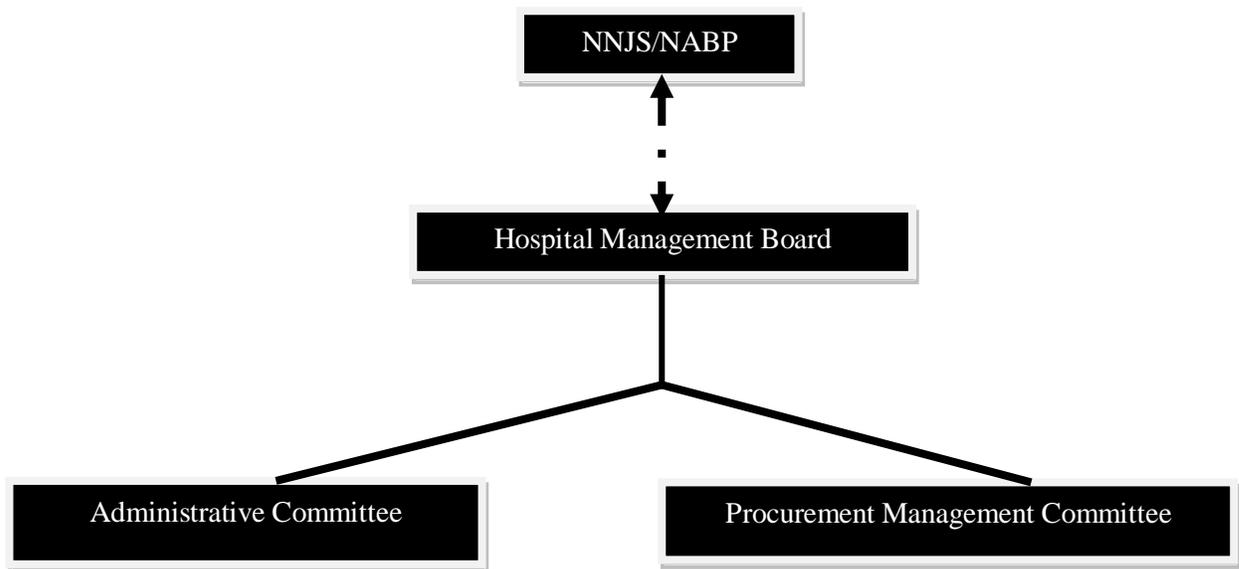
PROCUREMENT AND ACCOUNTING SYSTEM (PROCESS)

Supported By



The Norwegian Association of the
Blind and Partially Sighted

Structure of Hospital Management Committee



Function of the Structure

NNJS/NABP

-NNJS- Umbrella organization / NABP- donor of the project

Hospital Management Board

-Approval/Policy level decision

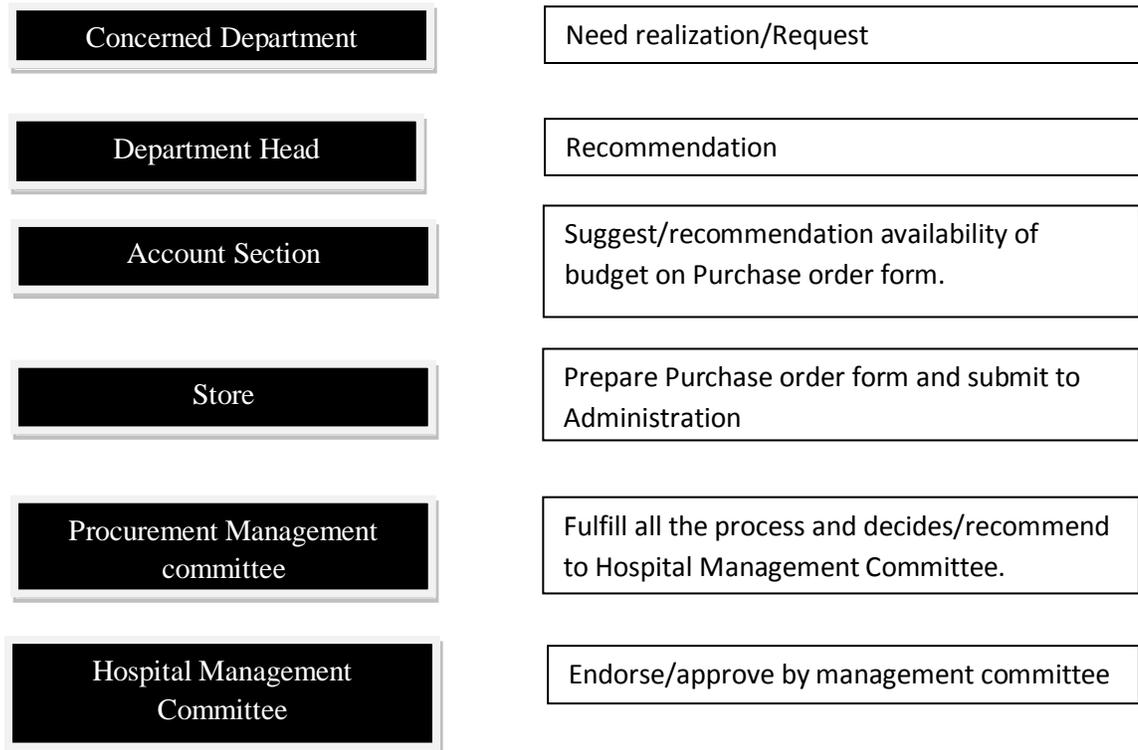
Administrative Committee

-Implementation/Day to day administrative management

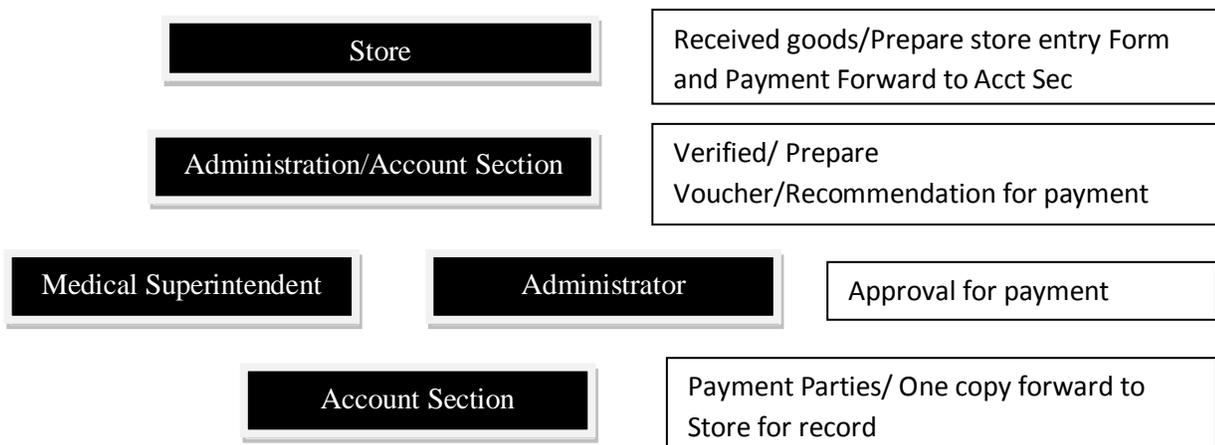
Procurement Management Committee

-Management of procurement system.

1) Procurement Management Process



2) Store Entry and Payment Management Process



3) Issue/Supply Management process

Store	Verify request form
Hospital Administration	Approval of request form
Store	Issue goods accordingly/make entry

4) Documents to be attached with Voucher

a. Voucher

- i. Purchase request form (Tippani Adesh).
- ii. Decision minuet copy (if provisioned)
- iii. Quotation supporting doc (if provisioned)
- iv. Purchase order form
- v. Store entry and payment form.
- vi. Application letter from parties भुक्तानी सम्बन्धमा
- vii. Approval/ Payment of Expenditure.
- viii. Any other relevant supporting doc.

ANNEX

EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI AND BAHADURGUNJ

(RAPTI EYE HOSPITAL, CHHANDA (KALEBABU)-NARAYANI EYE HOSPITAL, LAMAHI EYE HOSPITAL)

(टिप्पणी आदेश)

DATE

S.No सि.नं.	REQUESTED ITEMS (खरीद गर्नु पर्ने सामान)	QUANTITY संख्या

Requested by माग गर्ने

Department विभाग:

Name and Designation:-

Resone for Purchase -खरीद गर्नु पर्ने कारण खुलाउनुहोस

.....

.....

.....

Date

Recommended by

Name:-

Recomend- आफ्नो राय सहित खरीदको लागि सिफारिस खुलाउनुहोस

.....

.....

.....

Date

Approved by

Name:-

Remarks if Any स्वकृतको लागि तोक आदेश

.....

.....

.....

Date

Nepal Netra Jyoti Sangh

EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI AND BAHADURGUNJ

(RAPTI EYE HOSPITAL, CHHANDA (KALEBABU)-NARAYANI EYE HOSPITAL,LAMAHI EYE HOSPITAL)

(टिप्पणी आदेश)

Page 1

श्री.....

.....

.....

विषय : भुक्तानी सम्बन्धमा ।

महोदय,

उपरोक्त विषयमा म श्री.....वडा

नं.....गा.वि.स/न.पा.....बस्नेले यस अस्पतालको लागि निम्न

बमोजिमको सेवा उपलब्ध गराएकोले नियमानुसारको हुन आउने रकम रू..... (

.....) भुक्तानी दिन हुन अनुरोध गर्द छु ।

तपशील

सि.नं.	विवरण	जम्मा रू

निवेदक

.....

भुक्तानीको लागि सिफारिश गर्ने (अस्पतालको तर्फबाट):

लेखा शाखाको तर्फबाट सिफारिश गर्ने :

स्वीकृत गर्ने :

Nepal Netra Jyoti Sangh
EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ
 (REH, CKNEH, LEH)

Date:-

To,

.....

Subject: - Approval/Payment of Expenditure

Dear Sir,

The following details of expenses are attached herewith which was made from Petty cash by Mr, I have thoroughly checked and verified accordingly. I hereby recommend for approval.

Thank you.

<u>Details of Work/Invoice</u>				
S.No	Details of expenses	Amount	For whom or For what – reason of expenses	Budget Code
GRAND TOTAL				
Submitted the details of Expenses By			Checked and Verified by Account Officer.	
Name and Signature			Name and Signature	
Date			Date	
..... Recommend By		 Approved by	

Nepal Netra Jyoti Sangh
EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ
 (REH, CKNEH, LEH)

Date:-

To,

.....

Subject: - Request to transfer the fund from saving account to operating account .

Dear Sir,

This is for your kind information that we have shortage of fund in operating account (A/C Number.....ofBank) hence I request you to allocate the fund from saving account to operating account.

Thank you.

<u>Details of Work/Invoice</u>			
S.No	Need of Budget	Amount	For whom or For what – reason of expenses
GRAND TOTAL			
Submitted By :- Account Officer		Recommend by	
Name and Signature			
Date			
..... Approved by			

Nepal Netra Jyoti Sangh
EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ
(REH, CKNEH, LEH)

गरिब तथा असाह्य विरामीहरूले निःशुल्क सेवाको लागि
भनुपर्ने फाराम

तपाईंको नाम (विरामीको):-.....

तपाईंको स्थायी ठेगाना :-

.....

तपाईंको सम्पत्तिको विवरण :-.....

.....

.....

तपाईंको आय श्रोत :-

.....

.....

तपाईंको परिवार विवरण

श्रीमतीको नाम :

छोरा र छोरीको नाम र उमेर समेत खुलाउनुस

१)

२)

३)

४)

छोरा वा अविवाहित छोरीको पेशा :-.....

किन तपाईंलाई निःशुल्क सेवा लिन खोज्नु भएको :-.....

निवेदक गरीबीको कारणले पैसा तिर्न नसक्ने रहेको भनी सिफारिस गर्ने व्यक्तिको नाम तथा सही :

निवेदक संगको नाता:

निवेदकको (विरामीको) सही :

अस्पताल प्रायोजनको लागि

ओ.पि.डि ईन्चार्जको सिफारिस (दिन उचित रहेको वा नरहेको):

प्रशासन तर्फबाट सिफारिस (उचित पाईएको वा नपाईएको) :

स्वीकृत गर्ने अफथाल्मोलोथिष्ट वा प्रशासक :

Nepal Netra Jyoti Sangh

EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ

(RAPTI EYE HOSPITAL, LAMAHI EYE HOSPITAL, CKNEH-BAHADURGUNJ)

TULSIPUR-DANG

TRAVEL ORDER FORM

NAME

.....

POST

.....

PLACE OF TRAVEL

.....

Page 1

TRAVEL PERIOD FROM.....TO.....

TOTAL DAYS

CAUSE OF TRAVEL.....

SUBMITTED BY

APPROVED BY

Nepal Netra Jyoti Sangh

EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ

(RAPTI EYE HOSPITAL, LAMAHI EYE HOSPITAL, CKNEH-BAHADURGUNJ)

TULSIPUR-DANG

FIELD TRAVEL CLAIM FORM

NAME :-

PERMANENT DUTY STATION :

POSITION :-

PURPOSE OF TRAVEL :

PLACE TRAVEL :

DATE	CITY,TOWN OR VILLAGE OF DEPARTURE & ARRIVAL	TRAVEL MEANS
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	
	Dep :	
	Arr :	

Page 1

PAYMENT DETAILS	AMOUNT
TOTAL DAYS : =	
TOTAL DAYS : @ DAILY ALLOWANCE =	
TRAVEL ALLOWANCE (Bus,Plan,Taxi etc)Please attache details =	
GRAND TOTAL =	-

I certify that the expenses claimed above are true and correct.

SIGNATURE OF CLAIMANT

CHECKED BY

APPROVED BY

EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ

(RAPTI EYE HOSPITAL, LAMAHI EYE HOSPITAL, CKNEH-BAHADURGUNJ)

LEAVE REQUEST FORM

NAME

POST

S.NO	DISCRIPTION OF LEAVE	BALANCE LEAVE	LEAVE REQUESTED	CUASE TO REQUEST	REMARKS
	ANNUAL LEAVE				
	SICK LEAVE				
	CASUAL LEAVE				
	COMENSATORY LEAVE				
	OTHERS				

Page 1

LEAVE REQUESTED PERIOD.....TO.....

APPROVED/NOT APPROVED

REQUESTED BY

RECOMMENDED BY

APPROVED BY

नेपाल नेत्रज्योति संघ
आंखा स्वास्थ्य कार्यक्रम-राप्ती तथा बहादुरगंज
(राप्ती आंखा अस्पताल, छ.क्र.ना.आ.अ, बहादुरगंज, लमही आंखा अस्पताल)

मर्मत सम्भार आदेश फाराम

श्रीमान प्रशासकीय अधिकृत ज्यू

.....

महोदय, हाम्रो फांटको सामानमा निम्न खराबी आएकोले बनाउन अनुमती दिनहुन अनुरोध छ ।

सामानको नाम

कुन फांटको सामान हो

के खराबी भएको छ

अनुरोध गर्ने व्यक्तिको नाम र सही

श्री मेन्टेनेन्स शाखा.

सामानमा के खराबी भएको हो चेक जांच गरी बनाउन आदेशानुसार अनुरोध छ ।

आदेश दिने प्रशासन प्रमुखको नाम तथा सही

श्रीमान प्रशासकीय अधिकृत ज्यू

महोदय, सामानमा निम्न खराबी रहेको थियो र बनेको जानकारी अनुरोध छ ।

सामानमा भएको खराबी

सामानमा फेरिएको सामानको विवरण वा फेर्न परेन ।

मैले उक्त सामान हेरी सामान बनाई फांटलाई बुझाई दिएको जानकारी अनुरोध छ । बनाउनेको सही

श्रीमान प्रशासकीय अधिकृत ज्यू

सामान बन्थो काम गरि रहेको छ र उक्त सामान मैले मेरो फांटमा बुझि लिएं ।

सामान बुझ्नेको नाम तथा सही

नोट : एक प्रति अस्पताल प्रशासनमा दिनु होला, एक प्रति मेन्टेनेन्स शाखामा दिनु होला र एक प्रति सम्बन्धित फांटले राख्नु होला ।

Nepal Netra Jyoti Sangh		Nepal Netra Jyoti Sangh	
EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ		EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ	
(RAPTI EYE HOSPITAL, CKNEH, BAHADURGUNJ, LAMAHI EYE HOSPITAL)		(RAPTI EYE HOSPITAL, CKNEH, BAHADURGUNJ, LAMAHI EYE HOSPITAL)	
TULSIPUR-DANG		TULSIPUR-DANG	
<u>WORK REQUEST FORM</u>		<u>WORK REQUEST FORM</u>	
S.No		S.No	
REQUESTED TO		REQUESTED TO	
FROM		FROM	
DATE		DATE	
DETAILS OF WORK		DETAILS OF WORK	
REMARKS		REMARKS	
Requested by		Requested by	

नेपाल नेत्रज्योति संघ
आंखा स्वास्थ्य कार्यक्रम-राप्ती तथा बहादुरगंज
(राप्ती आंखा अस्पताल, छ.क्र.ना.आ.अ, बहादुरगंज, लमही आंखा अस्पताल)

सहमती पत्र

..... आंखा अस्पताल..... र
.....ले
मिति.....देखि.....गते सम्म.....मा संचालन भएको स्क्रिन । आंखा शिविरबाट छनौट भएका मोतिविन्दुहरूका विरामीहरू अस्पतालले सम्म ल्याई IOL सहित मोतिविन्दु अप्रेशन गराउन यो सहमति भयो । ईति सम्बत.....।

सहमतिका बुंदाहरू :

- १) स्क्रिन क्याम्प । आंखा शिविरको लागि प्राविधिक टोली आंखा अस्पतालले व्यवस्था गर्ने ।
- २) शिविरको प्रचार प्रसारको लागि पोष्टर, पम्पलेट अस्पतालले व्यवस्था गर्ने छ ।
- ३) विरामीको यातायात खर्च, शिविरको लागि चाहिने आवश्यक औषधि तथा लेन्स अस्पतालले गर्ने छ ।
- ४) क्लबले/संस्थाले एउटा मोतिविन्दु अप्रेशन गराए बापत रू (.....)अस्पताललाई बुझाउने छ ।
- ५) क्लबका/संस्थाका सदस्यहरूले शिविर सम्म जाने आउने व्यवस्था आफैले मिलाउनु पर्ने छ र स्थानीय व्यवस्थापक नभएको अवस्थामा भैपरी व्यवस्थापन समेत गर्नु पर्ने छ ।
- ६) शिविर संचालन भएको स्थानमा कुनै Major व्यवस्थापन गनुपर्ने भएमा दुबै पक्षको समझदारीमा तत्काल समाधान गर्ने सहमती भयो ।
- ८) माथि उल्लेखित सर्तहरू पालना गर्न हामी दुबै पक्ष मजुर छौं ।

क्लब/संस्थाको तर्फ बाट

अस्पतालको तर्फबाट

Nepal Netra Jyoti Sangh

EYE HEALTH PROGRAM-RAPTI & BAHADURGUNJ

(RAPTI EYE HOSPITAL, CKNEH, BAHADURGUNJ, LAMAHI EYE HOSPITAL)

TULSIPUR-DANG

Payment /Receipt Slip

On dated.....the sum of Rs.....

Paid/Received to/by Mr./Mrs./Miss.....

of (firm name or address)

By Cash/cheque number.....

for the reason

Paid By

Name

date

Received by

Name

Date