



पोखरा महानगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

न्यूरोड, कास्की
गण्डकी प्रदेश, नेपाल



पत्र संख्या : ०८१/०८२
च.नं. :

फोन नं.: ०६१-५७११०४
Postal Code: 6X9P+4F Pokhara
ईमेल: info@pokharamun.gov.np
वेबसाइट: pokharamun.gov.np

स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन, २०७९ बमोजिम तह / स्तर बृद्धि गर्ने सम्बन्धी सूचना

सूचना नं. २-तह/स्तरबृद्धि-२०८१/०८२

सूचना प्रकाशन मिति : २०८२/०३/ २४

स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन २०७९ को दफा २७ र ३९ मा भएको तह/स्तरबृद्धिको व्यवस्था बमोजिम तपशिल बमोजिमका सर्तहरू पूरा भएका पोखरा महानगरपालिकामा कार्यरत स्थानीय सेवाका इच्छुक स्थायी कर्मचारीहरूले यस कार्यलयको वेबसाइट www.pokharamun.gov.np मा राखिएको तहबृद्धिको आवेदन फाराम डाउनलोड गरी नेपाली कागजमा प्रिन्ट गरी फाराममा उल्लेखित विवरण खुलाइ दुई प्रति तयार गरेर प्रमाणित गरी मिति २०८२ साल असार मसान्तसम्ममा कार्यालयको प्रशासन महाशाखामा बुझाउनुहुन सूचित गरिन्छ । म्याद नाघी प्राप्त हुन आएका, अपूरो विवरण भरी पेश भएका र तोकिए बमोजिमका कागजात संलग्न नभएका आवेदनलाई तह/स्तरबृद्धिको प्रक्रियामा सामेल नगराईने व्यहोरा समेत यसै सूचना मार्फत जानकारी गराईन्छ ।

१. स्थानीय सेवाको स्वास्थ्य सेवा बाहेकको सेवामा कार्यरत कर्मचारीको हकमा :

- क) अधिकृतस्तर छैटौँ, आठौँ र दशौँ तह (प्राविधिक/अप्राविधिक) को पदमा हुने तहबृद्धिको लागि क्रमशः सहायकस्तर पाचौँ, अधिकृतस्तर सातौँ र अधिकृतस्तर नवौँ तहको पदमा २०८२ असार मसान्तसम्ममा पाँच वर्ष सेवा अवधि पूरा हुने/भएको हुनुपर्नेछ ।
- ख) अधिकृतस्तर छैटौँ, आठौँ र दशौँ तह (प्राविधिक / अप्राविधिक) को पदमा हुने तहबृद्धिको लागि क्रमशः सहायकस्तर पाचौँ, अधिकृतस्तर सातौँ र अधिकृतस्तर नवौँ तहको पदमा पछिल्लो पाँच वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनमा कम्तिमा पन्चानब्बे (९५) औषत अंक प्राप्त गरेको हुनुपर्नेछ ।
- ग) स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन २०७९ को दफा ३१ बमोजिम तहबृद्धिको लागि सम्भाव्य उम्मेदवार हुन अयोग्य नभएको हुनुपर्नेछ ।
- घ) सहायक प्रथम देखि तेस्रो तहसम्मका कर्मचारीहरूले शुरु नियुक्ति पत्र वा पछिल्लो स्तरबृद्धि भएको पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि पेश गर्नुपर्नेछ ।

२. स्थानीय सेवाको स्वास्थ्य सेवामा कार्यरत कर्मचारीको हकमा :

- क) स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन २०७९ को दफा २७ को उपदफा ३ बमोजिम (स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३ एवं नियमावली, २०५५) बमोजिमको सेवा, शर्त र अवधि पूरा भएको हुनुपर्नेछ ।
- ख) स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३ एवं नियमावली, २०५५ बमोजिम स्तरबृद्धिको लागि आवश्यक पर्ने कागजात संलग्न हुनुपर्ने ।
- ग) स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३ को दफा ९ (क) बमोजिम नकरात्मक सूचीमा नपरेको हुनुपर्नेछ ।
- घ) स्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०५५ को अनुसूचि ११ बमोजिमको अति दुर्गम वा दुर्गम भौगोलिक क्षेत्रमा सेवा गरेको अवधिको प्रमाणित सिफारिस पत्र । (साथै अति दुर्गम वा दुर्गम भौगोलिक क्षेत्रमा सेवा गरेको रुजु हाजिरी एवं अवधि खुल्ने कागजातहरू : कामकाज गर्न खटाईएको पत्र, रमाना पत्र र हाजिर भएको जानकारी पत्र अनिवार्य रुपमा पेश गर्नुपर्नेछ ।)

ड) साविक नेपाल स्वास्थ्य सेवाको पदमा नियुक्त भएका कर्मचारीहरूले यस महानगरपालिकामा समायोजन भएको पत्र ।

च) स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन, २०७९ को दफा ३१ बमोजिम तहबृद्धिको लागि सम्भाव्य उम्मेदवार हुन अयोग्य नभएको हुनुपर्नेछ ।

३. स्थानीय सेवाको सबै सेवामा कार्यरत कर्मचारीहरूले आवेदन साथ खुलाउनुपर्ने तथा संलग्न गर्नुपर्ने अन्य कागजातहरूको विवरण:

- क) आवेदन फारामको सम्पूर्ण महलहरूमा उल्लेख भए बमोजिमका विवरणहरू स्पष्ट खुलाउनु पर्नेछ ।
- ख) शुरु नियुक्ति पत्र, हालको पदमा नियुक्ति पत्र एवं हाजिर भएको पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि ।
- ग) तहबृद्धि हुने पद भन्दा एक तह मुनिको पद वा श्रेणीमा भएको स्थायी नियुक्ति वा स्तरबृद्धिको प्रमाणित प्रतिलिपि ।
- घ) कर्मचारी समायोजन ऐन, २०७५ बमोजिम समायोजन भएको पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि र पदस्थापन पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि । (समायोजन कर्मचारीको हकमा)
- ड) अद्यावधिक कर्मचारी विवरण PIS र अयोग्य नभएको प्रमाणित पत्र ।
- च) सहायक प्रथम देखि तेस्रो तहसम्मका कर्मचारीहरू बाहेकका कर्मचारीहरूले पछिल्लो पाँच वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन पेश गर्नुपर्नेछ ।

(नोट: विस्तृत जानकारीका लागि पोखरा महानगरपालिका प्रशासन महाशाखामा सम्पर्क गर्नुहुन जानकारी गरिन्छ ।)

पोखरा महानगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
न्यूरोड, पोखरा
गण्डकी प्रदेश

तहवृद्धि (स्वास्थ्य सेवा तर्फ) आवेदन फाराम

(न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको आधारमा हुने तहवृद्धिको लागि)

१. सूचनाको विवरणः

तहवृद्धिको सूचना नम्बर:-	तहवृद्धि हुने तह:-
सेवा:-	समूह:-
उपसमूह:-	पद:-

२. उम्मेदवारको विवरणः

उम्मेदवारको नाम, थर (देवनागरीमा):-	उम्मेदवारको हालसालै खिचेको फोटो टाँसी कार्यालय/महाशाखा प्रमुखबाट प्रमाणित गर्नुपर्ने।
उम्मेदवारको नाम, थर (अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा):-	
ठेगाना:-	वहाल रहेको कार्यालय:-
बाबुको नाम:-	हालको सेवा:-
आमाको नाम:-	समूह/उपसमूह:-
बाजेको नाम:-	पद:-
नागरिकता नम्बर:-	कर्मचारी संकेत नम्बर:-
जारी जिल्ला:-	पान नम्बर:-
मोबाइल नम्बर:-	ईमेल ठेगाना:-

३. सेवाको विवरण (शुरुदेखि हालसम्मको)

क्र.स.	पदको नाम, श्रेणी/तह, सेवा, समूह, उपसमूह	कार्यालयको नाम	नियुक्ति वा वदुवाको मिति	बहाल रहेको मिति		असाधारण विदा वसेको भए सो को अवधि		कसरी आएको (खुल्ला/ वदुवा/समायोजन अस्थायी)	स्थायी नियुक्ति गर्ने निकाय	कैफियत
				देखि	सम्म	देखि	सम्म			
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११

४. हालको तहमा वा समायोजन हुनु भन्दा पहिलाको समान तहको पदमा तहवृद्धिको लागि आवेदन दिन पाउने अन्तिम मितिमा पुग्ने सेवा अवधि:-वर्ष,.....महिना,..... दिन ।

५. स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन, २०७९ को दफा ३१ अनुसार तहवृद्धिको लागि योग्य भएको/नभएको अवस्था:- (उपयुक्त वक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्)

क) तपाईं हाल निलम्बनको अवधिमा रहनुभएको छ ☐/छैन ☐ ।

ख) तपाईंले नसिहत पाउनुभएको भए तीन महिना बितेको छ ☐/ छैन ☐ ।

ग) तपाईं हाल बढुवा रोक्का भएको अवधिमा हुनुहुन्छ? छ ☐/ छैन ☐ ।

घ) तपाईंको हाल तलबवृद्धि रोक्का भएको छ ☐/ छैन ☐ ।

ङ) नियमानुसार तपाईंले सेवा /समूह परिवर्तन गर्नुभएको भए तीन वर्ष पुगेको छ ☐/ छैन ☐ ।

च) पेशासँग सम्बन्धित व्यवसायी परिषद्ले हाल तपाईंलाई निलम्बन गरेको छ ☐/ छैन ☐ ।

६. माथि उल्लिखित विवरणमा कुनै कुरा झुठ्ठा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सहुँला/ बुझाउँला भनी सहीछाप गर्ने:-

कर्मचारीको नाम:-

संकेत नम्बर:-

पद:-

सही र मिति:-

ल्याप्चे सहीछाप	
दायाँ	बायाँ

७. उपरोक्त व्यहोरा कार्यालयमा रहेको निजको रेकर्ड अनुसारको हो र यसमा निजले मेरो रोहबरमा सहीछाप गरेको ठीक साँचो हो भनी प्रमाणित गर्ने कार्यालय/महाशाखा प्रमुखको:-

कार्यालयको छाप

नाम:-

संकेत नम्बर:-

दस्तखत:-

मिति:-

८. तहवृद्धिको निर्णय (कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र)

(क) आवेदक कर्मचारीले समायोजन हुनु पूर्व र समायोजन पश्चात गरी हालको तहमा पूरा गरेको सेवा अवधि:-वर्ष,महिना,.....दिन।

(ख) आवेदक कर्मचारीको पछिल्लो दुई वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त गरेको अंक र सो को औषत:-

(अ) आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को अंक

(आ) आर्थिक वर्ष २०८०/८१ को अंक

(इ) औषत अंक

(ग) उपरोक्त बमोजिम दुई आर्थिक वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त अंकको स्तर.....।

आवेदक कर्मचारीको स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन, २०७९ को दफा २७ को उपदफा

(२) बमोजिमको तोकिएको न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनमा कम्तिमा उत्तम अंक प्राप्त गरेको देखिएकोले निजलाई हाल कार्यरत तहबाट समान सेवा, समूह, उपसमूह र पदमा एकतह वृद्धि गर्ने निर्णय गरिएको छ।

निर्णय मिति:-

तहवृद्धि हुने तह:-

समूह/उपसमूह:-

तहवृद्धिको निर्णय लागू हुने मिति:-

सेवा:-

पद:-

.....
तहवृद्धिको सिफारिस गर्ने

(स्थानीय तहको प्रशासन महाशाखा प्रमुख)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

श्रेणी/तह:-

.....
तहवृद्धिको निर्णय गर्ने

(स्थानीय तहको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

(स्थानीय तहको छाप)

अनुसूची १५
(नियम ४८ को उप नियम १ संग सम्बन्धित)
पोखरा महानगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
न्युरोड, कास्की
गण्डकी प्रदेश

(तहवृद्धि आवेदन फाराम)

(न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको आधारमा हुने तहवृद्धिको लागि)

१. सूचनाको विवरणः

तहवृद्धिको सूचना नम्बर:-	तहवृद्धि हुने तह:-
सेवा:-	समूह:-
उपसमूह:-	पद:-

२. उम्मेदवारको विवरणः

उम्मेदवारको नाम,थर(देवनागरीमा):-	उम्मेदवारको हालसालै खिचेको फोटो टाँसी कार्यालय/महाशाखा प्रमुखबाट प्रमाणित गर्नुपर्ने।
उम्मेदवारको नाम,थर(अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा):-.....	
ठेगाना:-	वहाल रहेको कार्यालय:-
बाबुको नाम:-	हालको सेवा:-
आमाको नाम:-	समूह/उपसमूह:-.....
बाजेको नाम:-	पद:-
नागरिकता नम्बर:-	कर्मचारी संकेत नम्बर:-
जारी जिल्ला:-	पान नम्बर:-
मोबाइल नम्बर:-.....	ईमेल ठेगाना:-.....

३.सेवाको विवरणः (शुरुदेखि हालसम्मको)

क्र.स.	पदको नाम, श्रेणी/तह, सेवा, समूह, उपसमूह	कार्यालयको नाम	नियुक्ति वा बदुवाको मिति	बहाल रहेको मिति		असाधारण बिदा बसेको भए सोको अवधि		कसरी आएको (खुल्ला/ बदुवा/ समायोजन/ अस्थायी)	स्थायी नियुक्ति गर्ने निकाय	कैफियत
				देखि	सम्म	देखि	सम्म			
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११

४. हालको तहमा वा समायोजन हुनु भन्दा पहिलाको समान तहको पदमा तहवृद्धिको लागि आवेदन दिन पाउने अन्तिम मितिमा पुग्ने सेवा अवधि:-वर्ष,महिना, दिन।

५. स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन, २०७९ को दफा ३१ अनुसार तहवृद्धिको लागि योग्य भएको/नभएको अवस्था:- (उपयुक्त बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्)

क) तपाईं हाल निलम्बनको अवधिमा रहनुभएको छ ☐/ छैन ☐।

ख) तपाईंले नसिहत पाउनुभएको भए तीन महिना वितेको छ ☐/ छैन ☐।

ग) तपाईं हाल बहुवा रोक्का भएको अवधिमा हुनुहुन्छ? छ ☐/ छैन ☐।

घ) तपाईंको हाल तलबवृद्धि रोक्का भएको छ ☐/ छैन ☐।

ङ) नियमानुसार तपाईंले सेवा /समूह परिवर्तन गर्नुभएको भए तीन वर्ष पुगेको छ ☐ / छैन ☐।

च) पेशासँग सम्बन्धित व्यवसायी परिषद्ले हाल तपाईंलाई निलम्बन गरेको छ ☐ / छैन ☐।

६. माथि उल्लिखित विवरणमा कुनै कुरा झुट्टा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सहुँला/ बुझाउँला भनी सहीछाप गर्ने:-

कर्मचारीको नाम, थर:-

संकेत नम्बर :-

पद :-

सही र मिति :-

ल्याप्चे सहीछाप	
दायाँ	बायाँ

७. उपरोक्त व्यहोरा कार्यालयमा रहेको निजको रेकर्ड अनुसारको हो र यसमा निजले मेरो रोहबरमा सहीछाप गरेको ठीक साँचो हो भनी प्रमाणित गर्ने कार्यालय/महाशाखा प्रमुखको:-

कार्यालयको छाप

नाम :-

दस्तखत:-

संकेत नम्बर :-

मिति:-

८. तहवृद्धिको निर्णय (कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र)

(क) आवेदक कर्मचारीले समायोजन हुनु पूर्व र समायोजन पश्चात गरी हालको तहमा पूरा गरेको सेवा अवधि:-
.....वर्ष,महिना, दिन।

(ख) आवेदक कर्मचारीको पछिल्लो पाँच वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त गरेको अंक र सोको औषत:-

(अ) आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को अंक

(आ) आर्थिक वर्ष २०८०/८१ को अंक

(इ) आर्थिक वर्ष २०७९/८० को अंक

(ई) आर्थिक वर्ष २०७८/७९ को अंक

(उ) आर्थिक वर्ष २०७७/७८ को अंक

(ग) उपरोक्त बमोजिम पाँच आर्थिक वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन बापत प्राप्त औषत अंक.....।

आवेदक कर्मचारीको स्थानीय सेवा (गठन तथा सञ्चालन) ऐन, २०७९ को दफा २७ को उपदफा (१)

बमोजिम तोकिएको न्यूनतम सेवा अवधि र कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको अंक प्राप्त गरेको देखिएकोले निजलाई हाल कार्यरत तहबाट समान सेवा, समूह, उपसमूह र पदमा एकतह वृद्धि गर्ने निर्णय गरिएको छ।

निर्णय मिति:-

तहवृद्धि हुने तह:-

समूह/उपसमूह:-

तहवृद्धिको निर्णय लागू हुने मिति:-

सेवा:-

पद:-

.....
तहवृद्धिको सिफारिस गर्ने

(स्थानीय तहको प्रशासन महाशाखा प्रमुख)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

श्रेणी/तह:-

.....
तहवृद्धिको निर्णय गर्ने

(स्थानीय तहको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत)

नाम:-

कर्मचारी संकेत नम्बर:-

(कार्यालयको छाप)