

अनुसूची-१

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/ क्यान्सर रोग / मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति:.....

श्री.....गाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

..... ।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा

उपरोक्तविषयमा.....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा नं.....गाउँ/टोल स्थयी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)सम्पर्क नं भएको श्री.....कोसाल.....महिना.....गते श्रीअस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरूको पुर्जी/ कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं....., गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

जिल्ला....., प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमागाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा नं.....गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)सम्पर्क नं भएको म मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.:.....

बैंकखाता नं:.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं.:.....



त्रिपुरासुन्दरी गाउँपालिका गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय



सल्यानटार, धादिङ
बागमती प्रदेश, नेपाल
त्रिपुरासुन्दरी गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
सल्यानटार, धादिङ
बागमती प्रदेश, नेपाल

प.सं.: ०८३१८४, च.नं ८९

मिति: २०८३/०४/१२

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी सूचना ।

श्री सम्बन्धित सबै

उपरोक्त सम्बन्धमा यस गाउँपालिका अन्तर्गतका मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि २०७८ बमोजिम मासिक रु ५,०००/ प्राप्त गर्न योग्य नयाँ तथा पुराना सबै बिरामीहरूले तपसिल बमोजिमका कागजातहरू मिति २०८३ साल भाद्र मसान्त भित्र यस गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा सम्पर्क गरी नबिकरण तथा नयाँ दर्ता गर्नुहुन सम्बन्धित सबैको जानकारीकोलागि यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ ।

तपसिल

१. अनुसूची २ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन
२. अस्पतालबाट रोग निदान भएको कागजात
३. अनुसूची १ उपचारत अस्पतालको चिकित्सकबाट प्रमाणित (छाप सहित)
४. क्यान्सरका बिरामीलाई रेडियोथेरापी तथा केमोथेरापीगरिरहेको वा तत्काल सर्जरी गरेको वा औषधि सेवन गरिरहेका बिरामीहरूको हकमा निरन्तर औषधि सेवन गरिरहेको कागजातबाट खुल्नु पर्ने छ ,
५. मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धी प्राप्त गरेको रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि
- ६ . नागरिकताको प्रतिलिपि /बच्चाको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि
- ७ . बैंकको चेकको प्रतिलिपि
- ८ . सम्बन्धित वडाको बिपन्न नागरिक सिफारिस


बिर सिंह भण्डारी

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

बिर सिंह भण्डारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

फोन नं.: ०१०-४२१००७, ९८५११००५१० ईमेल: tripurasundaridhading@gmail.com URL: www.tripurasundarimundhading.gov.np