



आरूघाट गाउँपालिका गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

आरूघाट, गोरखा
गण्डकी प्रदेश, नेपाल



प.स.: २०७९/०८०

च.नं.: १०२

मिति: २०७९/०४/३१

विषय: विवरण उपलब्ध गराउने सम्बन्धमा ।


श्री अध्यक्ष ज्यू,
वडा कार्यालय (सबै)
आरूघाट, गोरखा ।

प्रस्तुत विषयमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डाइलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्डका पक्षघातका बिरामीहरूलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ बमोजिम बिरामीहरूलाई औषधी उपचार बापत खर्च (मासिक ५ हजार) उपलब्ध गराउनको विवरण संकलन गर्नु पर्ने भएकोले तहाँ वडाबाट यस्ता प्रकारका बिरामीहरूको तपशिल बमोजिम कागजात सहित लगत संकलन गरी गाउँपालिकाको कार्यालयमा विवरण उपलब्ध गर्नु गराउनु हुन अनुरोध छ ।

आवश्यक कागजातहरू :

१. चिकित्सकले रोग पहिचान सहित प्रमाणित गरेको कागजात (कार्यविधिको अनुसूची-१ बमोजिम) ।
२. औषधी उपचार बापत खर्च पाउनको लागि दिने निवेदन (कार्यविधिको अनुसूची-२ बमोजिम) ।
३. बिरामीको २ प्रति फोटो र नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
४. सम्बन्धित वडाबाट बिरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च पाउनको लागि सिफारिस गरेको पत्र ।

पुनश्च : नेपाल सरकार वा नेपाल सरकार पूर्ण वा आंशिक स्वामित्व स्वामित्वभएको संस्था वा संगठित संस्था रोजगारी / निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी / पेन्सन प्राप्त गरिरहेका व्यक्ति, सामाजिक सुरक्षा भत्ता प्राप्त गरिरहेका व्यक्ति, कार्यविधिले तोके बमोजिम एक भन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तिले दोहोरो पर्ने गरी दर्ता भएका व्यक्तिहरूले यस किसिमको लाभग्राही सूचीमा समावेश हुन पाउने छैन ।


चिन बहादुर राना
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची-१

(दफा३ 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.....को
.....साल.....महिना.....गते श्रीअस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस
गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जा/
कागजातहरुको 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.:.....