बुलिङटार गाउँपालिका
गाउँकार्यपालिकाको कार्यालय

बुलिङटार,नवलपरासी(ब.सु.पू.)
गण्डकी प्रदेश

सूचना नं १६

पत्र संख्या २०७९/०८०
चलानी नं. :- २९१

मितिः २०७९/०६/२८

बिषयः मृगौला प्रत्यारोपण गरेका,डायालाइसिस गराईरहेका,क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरुको विवरण उपलब्ध गराउने सम्बन्धि सूचना ।

प्रस्तुत बिषयमा नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मितिः २०७८/१२/१३ मा स्वीकृत मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायालाइसिस गराईरहेका,क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरुलाई औषधि उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि,२०७८ अनुसार लक्षित समुहका बिरामीहरुलाई दोहोरो सुविधा नपाउने गरी औषधि उपचार खर्च वापत उपलब्ध गराउने व्यवस्था भई आएको हुँदा सोही कार्यविधि वमोजिम बुलिङटार गाउँपालिका स्थाई ठेगाना भएका बिरामीहरुले आ-आफ्नो वडा कार्यालयमा आवश्यक कागजात सहित निवेदन दिनु हुन अनुरोध गरिन्छ ।

२०७९।०६।२८

बिशाल मिश्रा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

बिशाल मिश्रा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

आवाश्यक कागजातहरुः

१) विरामीको नागरिकता/जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
२) कार्यविधिको अनुसूचि-१ बमोजिम चिकित्सकद्धारा प्रमाणीत गरिएको सिफारिस
३) कार्यविधिको अनुसूचि-२ बमोजिमको औषधि उपचार वापत खर्च सम्बन्धि निवेदन
४) मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धि प्राप्त गरेको रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि
५) विरामीको बैङ्क खाता नम्बरको चेकको प्रतिलिपि

पुनश्चः कुनै पनि ब्यक्तिलाई नेपाल सरकार बाट उपलब्ध गराईदै आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा यस कार्यविधि बमोजिमको औषधि उपचार सुविधा मध्ये दोहोरो नपर्ने गरी कुनै एक सुविधा मात्र प्राप्त हुनेछ ।

अनुसूचि-१
(दफा-३ संग सम्बन्धित)

मितिः २०७९/.../...

श्री.................गाउँपालिका
नवलपरासी(ब.सु.पू.) ।

बिषयः प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत बिषयमा.......गाउँपालिका........वडा नं.....गाउँ टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर....बर्षको ....राष्ट्रिय परिचय पत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा).......सम्पर्क नं.भएको श्री.......को ......साल...महिना....गते श्री......अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डाइलाइसिस गराइरहेको /मेरुदण्ड पक्षघात भएको /क्यान्सर रोग निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जी कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ्र गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सककोः

दस्तखतः

पुरा नाम,थरः

दर्जाः

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.ः

संस्थाको छापः

अनुसूचि-२
(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

मितिः...

बिषयः औषधि उपचार वापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडाध्यक्ष ज्यू
वाड नं.....,बुलिङटार गाउँपालिका
जिल्ला नवलपरासी(ब.सु.पू.) गण्डकी प्रदेश ।

प्रस्तुत सम्बन्धमा बुलिङटार गाउँपालिका ....वडा नं..........गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर ....बर्षको............राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं..(१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)...........सम्पर्क नं. भएको म..............बाट ....रोगको ब्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार वापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निबेदन पेश गरेको छु । पेश भएको ब्यहोरा ठीक साचो हो,झुट्ठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

निवेदकः

हस्ताक्षरः

नाम,थरः लिङ्गः

राष्ट्रिय परिचय पत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.:

बैंकखाता नं. शाखाः

सम्पर्क मोबाइल नं.