



पुर्चौडी नगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

पुर्चौडी नगरपालिका, नेपाल
सुदूरपश्चिम प्रदेश, कैलाली जिल्ला

प.स.२०८०/०८१

फोन नं. ०९६-६९०८०३

च. न.

मिति:- २०८०/०५/२९

बिषय: सूचना ! सूचना !! सूचना !!!

प्रस्तुत बिषय सम्बन्धमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघात विरामीहरूलाई औषधि उपचार बाफत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि २०७८ बमोजिम (रोग निको नहुन्जेल सम्म मासिक रु ५०००/- पाँच हजार औषधि उपचार खर्च) सेवा प्राप्त गर्नको लागि तपसिल बमोजिमको मापदण्ड पुगेका लाभग्राहिहरूले अनुसुचि -१ फाराम सहित आवश्यक कागजात सहित अनुसुचि-२ फाराम भरि मिति २०८० असोज २५ गते भित्र आफ्नो वडा कार्यालयमा निवेदन दिन हुन यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ ।

तपसिल:-

१. मृगौला प्रत्यारोपण गरेका ब्यक्तीहरु ।
२. मृगौलाको समस्या भई हाल डायलाइसिस गराई रहेका ब्यक्तीहरु ।
३. क्यान्सर रोग लागि हाल निरन्तर उपचार गरिरहेका ब्यक्तीहरु ।
४. मेरुदण्डको पक्षघात भई अपांगता सम्बन्धि रातो(क) र निलो (ख) वर्गको परिचय पत्र प्राप्त गरेका ब्यक्तीहरु ।
५. आवश्यक कागजातहरु:-
 - क. गरिविको परिचय पत्र प्राप्त भएको भए सोको प्रतिलिपि नभए वडा कार्यालयबाट गरिव/विपन्न हो भनि प्रमाणित अनसुचि सहित सिफारिस पत्र ।
 - ख. उपरोक्त रोग लागेको र हाल उपचार गराईरहेको विवरण खुल्ने अनुसुचि १ बमोजिमको डाँचामा मान्यता प्राप्त चिकित्सकको सिफारिस पत्र (सम्भव भए सम्म उपचाररत अस्पतालबाट उपलब्ध गराउने नभएको हकमा विरामीको कागजपत्रको आधारमा जुसुखे मान्यता प्राप्त चिकित्सकबाट प्रमाणित गराउन सकिने)
 - ग. बैंक खाता रहेको चेकको १ प्रति(रद्द गरिएको प्रति वा स्पष्ट देखिने प्रतिलिपि) संलग्न राखी पूर्णरूपमा भरिएको अनुसुचि-२ बमोजिमको निवेदन ।
 - घ. राष्ट्रिय परिचय पत्र वा नेपाली नागरिकताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि ।
 - ङ. आवश्यक पर्ने अनुसुचि फारामहरु सम्बन्धित वडा कार्यालय बाट पनि प्राप्त गर्न सकिनेछ ।

नोट:- नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांस स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरिरहेको ब्यक्तीहरु र नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराईदै आएको जेष्ठनागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित तथा पिछडिएको भत्ता, बाल पोषण भत्ता, अपांग भत्ता लगायतका जुनसुखै सामाजिक सुरक्षा भत्ता प्राप्त गरिरहेका ब्यक्तीहरुको हकमा दोहोरो भत्ता उपलब्ध हुने छैन ।

मानुभक्त भट्ट
प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत

(उपदफा ३.२(क)संग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिकले स्थानिय निकायमा आबेदन गर्ने र स्थानिय निकायले विपन्न नागरिकलाई सिफारिस गर्ने फाराम

१	वैयक्तिक विवरण: नाम: _____ उमेर: _____ लींग: _____ ठेगाना: स्थाइ _____ अस्थाइ: _____ जातीगत विवरण: ब्राहाम्ण/क्षेत्रि/आदिवासी/जनजाती/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्या: _____
२	आयश्रोत: पेशा व्यवसाय: _____ परम्परागत कृषी: _____ रोजगारी:(स्वदेशी/विदेशी) उद्यम व्यवसाय: _____ अनुमानित मासिक आय: _____
३	सम्पत्ति विवरण: जग्गा जमिन(क्षेत्रफल/स्थान समेत) भौतिक संरचना(घर/टहरा आदिको संख्या/कच्ची/पक्की) सवारी साधन: बैंक मौज्जात: मुनचाँदी: नगद:
४	विरामीको प्रकार: मृगौला प्रत्यारोपण/डायलाईसिस/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात
५	संलग्न कागजातहरू: (क)विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि(बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि) (ख)रोग निदान भएको प्रेस्कृप्सन
६	उपर्युक्त विवरण ठिक साँचो हो,झुठा ठहर सहुंला बुझाउला । निवेदकको नाम थर: _____ ठेगाना: _____ दस्तखत: _____ मिति: _____ सम्पर्क नं _____
७	विवरण तयार पार्ने कर्मचारीको सिफारिस गर्ने पदाधिकारीको: नाम: _____ नाम: _____ पद: _____ पद: _____ हस्ताक्षर: _____ हस्ताक्षर: _____ मिति: _____ सम्पर्क नं _____ मिति: _____ सम्पर्क नं _____
कार्यालयको छाप	

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 अस्पतालहरुको पुर्जी/ 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 सहैला बुझाउँछु।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

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

बैंकखाता नं.:.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं.:.....