



हरिनास गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय



पत्र संख्या: २०८२/८३
चलानी नं.:

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

चित्रेभञ्ज्याङ, स्याङ्जा
गण्डकी प्रदेश, नेपाल
२०७३

सूचना नं. २४-०८२-०८३

मिति :- २०८३/०२/१२

सूचना ! सूचना !! सूचना !!!

विषय:- मृगौला प्रत्यारोपन गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधि उपचार खर्च प्रदान गर्न नामावली नविकरण सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा "मृगौला प्रत्यारोपन गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि, २०७८" बमोजिम मासिक रु ५००० (पाँच हजार) का दरले उपचार खर्च प्राप्त गरिरहेका लाभग्राहीहरुले चालु आ.व २०८२/०८३ मा औषधी उपचार खर्च प्राप्त गर्न नामावली नविकरण साथै नयाँ बिरामीहरुको नाम दर्ता/अध्यावधिक वडा कार्यालयको अभिलेखमा गरी सम्बन्धित बिरामी वा निजको परिवार सदस्यले तपसिलको कागजात सहित सूचना प्रकाशन भएको मितिले १५ दिन भित्र सम्बन्धित वडा कार्यालयमा आवश्यक कागजात पेश गर्नुहुन सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

तपसिल

१. सम्बन्धित चिकित्सकले रोग प्रमाणित गरेको अनुसूची १,
२. औषधी उपचार वापत खर्च पाँउ भनी निवेदन अनुसूची २,
३. मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरुको हकमा रातो वा निलो कार्ड,
४. दोहोरो सुविधा नलिएको सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र (दोहोरो सुविधा भन्नाले नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी / पेन्सन प्राप्त नगरेका व्यक्ति र नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराउदै आएको ज्येष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडिएको भत्ता, अपांग भत्ता लगाएत नेपाल सरकारबाट साविकमा पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता नलिएको)
५. नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि (नाबालकको हकमा जन्मदर्ता)
६. सम्बन्धित अस्पतालको बिरामी पुर्जाको प्रतिलिपि (बिगत तिन महिना भित्र फलोअप चेकजाँच रिपोर्ट)
७. सम्बन्धित बिरामीको नाममा रहेको बैंक खाताको चेकको प्रतिलिपि

नोट: यस सम्बन्धि अन्तिम निर्णय "मृगौला प्रत्यारोपन गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधि उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८" बमोजिम हुनेछ ।

"कृषि, पर्यटन, शिक्षा, स्वास्थ्य र पूर्वाधार

भाषा, संस्कृति, पहिचान सहितको समृद्ध गाउँपालिकाको आधार"

Website : <https://harinasmun.gov.np/>

email id : harinasruralmunicipality@gmail.com

२०८२/१२/१२
जय
प्रमुख

विषय: स्व घोषणा सम्बन्धमा ।

मिति:

प्रस्तुत विषयमा हरिनास गाउँपालिका वडा नं.....बस्ने बर्ष..... को ले मृगौला प्रत्यारोपण गरेका डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामिलाई औषधि उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि २०७८, को सुविधा लिने प्रयोजनका लागि यो स्वः घोषणा गर्दछु कि मैले नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांस स्वामित्व भएको संस्था वा संगठनबाट रोजगारी निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी पेन्सन प्राप्त गरिरहेको तथा नेपाल सरकारले उपलब्ध गराइने कुनै किसिमको भत्ता वा सामाजिक सुरक्षा भत्ता लिएको छैन भनि यो स्व-घोषणा गर्दछु । साथै लिएको प्रमाणित भएमा कानून बमोजिम कारबाही सहुंला, बुझाउला भनि सहिछाप गरिदिए ।

नाम थर:-

ठेगाना:-हरिनास गाउँपालिका वडा

दस्तखत:-

दायाँ

बाँया

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, झुठ्ठा 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.:.....