



सिद्धलक्ष्मी गाउँपालिका
कार्यपालिकाको कार्यालय
बुङचुङ, धादिङ
बागमती प्रदेश, नेपाल

प. सः २०७८/०७९

च. नः

मिति: २०७९/०३/२६

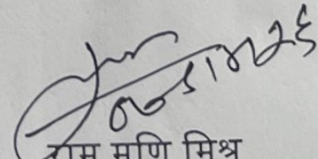
बिषय- उपचार खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि जरुरी सुचना

विषयमा नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट मिति २०११/२१/१३ गते स्वीकृत भएको मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघात भएका बिरामीलाई औषधि उपचार खर्च उपलब्ध गराउने कार्यविधि २०७८ बमोजिम मासिक रु ५०००० (अक्षरेपी रु पाँच हजार) का दरले त्रैमासिक लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्ने र नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा आंशिक स्वामित्वमा भएको संस्थाबाट रोजगारी वा निवृत्तिभरण तथा विदेशी सरकारबाट रोजगारी वा निवृत्तिभरण प्राप्त गरिरहेका व्यक्तिको हकमा उक्त सुविधा उपलब्ध नहुने साथै नेपाल सरकारबाट साविकमा पाउँदै आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा औषधि उपचार खर्च मध्ये कुनै एक मात्र प्राप्त गर्न सक्ने छन्। साथै यस कार्यविधिमा उल्लेख भएका मध्ये दुइ वा सो भन्दा बढी रोग लागेको भएता पनि कुनै एक प्रकारको सुविधा मात्र उपभोग गर्न पाइने व्यवस्था बमोजिम यस गाउँ पालिकाका सातवटै वडा कार्यालयमा कार्यविधिमा तोकिए बमोजिमको अनुसुचि १ को प्रमाणित कपि सहित अनुसुचि २ को ढाँचामा निवेदन दिनुहुन सुचित गरिन्छ। कार्यविधि तथा अनुसुचिको नमुना सबै वडा कार्यालयमा पठाइसकिएकोछ।

पेश गर्नु पर्ने कागजातहरू

- १ अनुसुचि १ अनुसार चिकित्सकको सिफारिस पत्र
- २ अनुसुचि २ बमोजिम निवेदन
- ३ राष्ट्रिय परिचय पत्र वा नागरिकताको प्रमाण पत्र
- ४ मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपांगता सम्बन्धि प्राप्त गरेको रातो वा नीलो रंगको परिचय पत्र।
- ५ लाभग्राहीको बैंक खाता
- ६ बिरामीको उपचार गरिरहेको टिकट

द्रष्टव्यः सम्बन्धित वडा कार्यालयबाट सिफारिस गर्दा माथि उल्लेख भए बमोजिम दोहोरो नपर्ने गरि सम्बन्धित लाभग्राही गरिव भएको व्यहोरा समेत खुलाइ सिफारिस गरिदिनु होला।


राम मणि मिश्र
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
राममणी मिश्र
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

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.:.....