



चापाकोट नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय



पत्र संख्या: ०८२/०८३

च.न:

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

मिति: २०८२/१०/१३

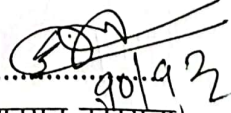
सूचना !

बिषय : दीर्घ बिरामीहरुको नविकरण सम्बन्धमा।

प्रस्तुत विषयमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगि र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरुलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ को दफा ६ बमोजिम मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगि र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरुलाई उपचार खर्च उपलब्ध गराउनका लागि प्रत्येक आ.व को सुरुमा सम्बन्धित वडा कार्यालयमा नविकरण गर्नुपर्ने व्यवस्था भएकोले सम्पूर्ण लाभग्राहीहरुले सूचना प्रकाशन गरेको मितिले १५ दिन भित्र सम्बन्धित वडा कार्यालयमा गई नवीकरण गर्नुहुन अनुरोध छ।

आवश्यक कागजातहरु:

१. चिकित्सकले फलोअप जाँच गरेको रिपोर्ट पत्र – (पछिल्लो ३ महिना भित्रको)
२. चिकित्सकको सिफारिस (अनुसूची -१ को सक्कल) -१ प्रति
३. औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भनि निवेदन (अनुसूची-२)
४. स्वघोषणा फारम- १ प्रति
५. नागरिकता प्रमाण पत्रको फोटोकपी/जन्मदर्ता प्रमाण पत्र फोटोकपी-१ प्रति
६. राष्ट्रिय परिचय पत्रको फोटोकपी -१ प्रति
७. पासपोर्ट साइजको फोटो -२ प्रति
८. सम्बन्धित लाभग्राहिको नेपाल बैंकको चेकको फोटोकपी-१ प्रति


(जानराज कोइराला)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
जानराज कोइराला
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची- २
(तपाईं रोग सम्बन्धित)

औषधी उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति.....

विषय: औषधी उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडाध्यक्ष ज्यू,
वडा नं., चापाकोट नगरपालिका,
स्याङ्जा जिल्ला, गण्डकी प्रदेश,
नेपाल ।

उपरोक्त सम्बन्धमा चापाकोट नगरपालिका.....वडा नं.,.....गाउँ/ टोल
स्थयी ठेगाना भएको, उमेर वर्षको, राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./ जन्मदर्ता 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 सहुँला बुझाउँला ।

निवेदक

हस्ताक्षर :

नाम थर:.....लिङ्गः

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता नं./ जन्मदर्ताप्रमाणपत्र नं:

बैंक खाता नं:.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:

अनुसूची- १
(दफा ३सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको / डायलाइसिस गराइरहेको / क्यान्सर रोग/ मेरुदण्ड पक्षघत भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति.....

श्री चापाकोट नगरपालिका,
चापाकोट, स्याङ्जा ।

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा चापाकोट नगरपालिका वडा नं.,.....गाउँ/ टोल स्थयी ठेगाना भएको, उमेरवर्षको,
.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./ जन्मदर्ता नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हुकमा),.....सम्पर्क नं भएको श्रीको.....साल.....महिनागते श्री
.....अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालको पुर्जी/ कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरि प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.:

संस्थाको छाप:

स्वघोषणा फारम
(दफा ४सँगसम्बन्धित)

मिति _____ / _____

गण्डकी प्रदेश स्याङ्जा जिल्ला चापाकोट नगरपालिका वाड नं. स्थायी ठेगाना भएको श्री
.....को छोरा/ छोरी/ श्रीमति, राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./
जन्मदर्ता नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा), वर्ष, को
म..... ले नेपाल सरकारको पूर्ण वा आंशिक स्वामित्व भएको संस्था वा
संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन वा नेपाल सरकारबाट
उपलब्ध गराईदैं आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडिएको भत्ता, अपाङ्ग
भत्ता लगायत कुनै पनि सामाजिक सुरक्षा भत्ता नलिएको व्यहोरा जानकारी गराउँदछु । मैले पेश गरेको
कागजात, प्रमाण तथा विवरणहरु सहि साँचो छ, झुट्टा ठहरेमा कानुन बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

औँठा छाप

दायाँ	बायाँ

लाभग्राही/ संरक्षकको

दस्तखत:.....

पुरानाम थर:.....

ठेगाना:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./

जन्मदर्ता नं

सम्पर्क नं.:.....

मिति:.....

नोट:- १६ वर्ष भन्दा मुनिका लाभग्राहीको हकमा स्वघोषणा प्रमाणीकरण अभिभावक/ संरक्षकले गर्नु पर्ने ।