



उत्तरगया गाउँपालिका
(Uttargaya Rural Municipality)

वेबसाइट: www.uttargayamun.gov.np

इमेल: uttargayarm@gmail.com

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
(Office of Rural Municipal Executive)

लहरेपौवा, रसुवा (Laharepauwa, Rasuwa)
बागमती प्रदेश, नेपाल (Bagmati Province, Nepal)

प.सं. (Ref. No.) २०८०/८१

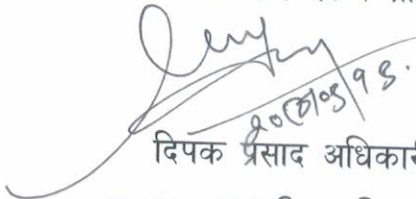
च.नं. (Dispatch No.)



मिति: २०८०/९/१९

सुचना

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले मृगौला प्रत्यारोपण गरेका डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी, र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामिलाई लामो समयसम्म औषधी उपचार गराउन पर्ने भएकोले उपचार खर्चिलो हुने हुँदा बिरामिलाई हुन जाने आर्थिक भार कम गर्न मृगौला प्रत्यारोपण गरेका डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी, र मेरुदण्ड पक्षघात औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ अनुसार यस गाउँपालिका भित्रका स्थायी वासिन्दाहरूले माथि उल्लेखित कुनै पनि रोग लागेको भएमा सम्बन्धित अस्पतालबाट यसै साथ संलग्न अनुसूची-१ (दफा ३ संग सम्बन्धित) ढाँचामा प्रमाणित गराई अनुसूची-२ (दफा ३ संग सम्बन्धित) औषधी उपचार वापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचामा चिकित्सकको प्रमाणित अनुसूची सहित १५ दिन भित्र गाउँपालिकामा पेश गर्नुहुन जानकारी गरिन्छ । विवरणको आधारमा सम्बन्धित मन्त्रालयमा आवश्यक रकम माग गरि रकम प्राप्त भए पश्चात उपलब्ध गराइने ब्यहोरा अनुरोध छ ।


२०८०/९/१९
दिपक प्रसाद अधिकारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

सभ्य समृद्ध उत्तरगया हाम्रो सान, कृषि जलस्रोत पर्यटन विकासको अभियान ।

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:.....