



कालिका गाउँपालिका गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय



प.सं. : २०८१/८२

च.नं. : १४

धैबुङ्ग, रसुवा
बागमती प्रदेश, नेपाल

फोन: ०१०-५४२०९८

Email: kalikagaupalika@gmail.com

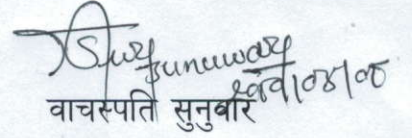
Website: kalikamunrasuwa.gov.np

श्री वडा कार्यालय (सबै)

मिति: २०८१/०४/०८

विषय: मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डाईलाईसिस गराई रहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका रोगीहरूको उपचार खर्च नविकरण सम्बन्धी सूचना।

प्रस्तुत विषयमा त्यहाँ वडा कार्यालयको अभिलेखमा रहेको मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डाईलाईसिस गराई रहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका रोगीहरूको आ.व. २०८१/०८२ को लागी नविकरण तथा नयाँ बिरामीहरूको पनि दर्ता गर्नु पर्ने भएको हुनाले सम्बन्धित बिरामी वा निजको आफन्तलाई तपशिलको कागजात सहित स्वास्थ्य शाखामा सम्पर्क गर्नुहुन जानकारी गराइन्छ। साथै उक्त विषय सम्बन्धमा समन्वय गरिदिनुहुन अनुरोध छ।


वाचस्पति सुनुवार

नि.प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
नि.प्रमुख प्रशासकीय अ

तपशिल:

१. अनुसूची १, सम्बन्धित चिकित्सकले प्रमाणित गरेको हुनुपर्ने,
२. अनुसूची २, आवश्यक जानकारी सहितको निवेदन,
३. मेरुदण्ड पक्षघात बिरामीको हकमा अपाङ्गता कार्डको प्रतिलिपी (अनिवार्य),
४. गरिबी परिचय पत्रको प्रतिलिपी (बितरण गरिएको स्थानको हकमा),
५. सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस सक्कल,
६. नागरिकता वा बसाईसराईको प्रतिलिपी,
७. सम्बन्धित अस्पतालको बिरामी पुर्जाहरूको प्रतिलिपी,

नोट:

१. उल्लेखित लाभग्राहिहरूको विवरण वडा कार्यालयमा व्यवस्थित रूपमा राख्नु पर्ने छ।
२. नेपाल सरकारबाट उपलब्ध हुने ज्येष्ठ नागरिक भत्ता एकल महिला भत्ता दलित भत्ता पिछडिएको भत्ता अपाङ्ग भत्ता लगायत नेपाल सरकारबाट साबिकमा पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डाईलाईसिस गराई रहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघात रोगीको उपचार मध्ये कुनै एक मात्र पाउने हुँदा सोहि अनुसार विवरण रुजु गरी पठाउनु पर्ने छ।
३. यस सम्बन्धी अन्तिम निर्णय मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डाईलाईसिस गराई रहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामिलाई औषधि उपचार खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधी २०७८ बमोजिम हुनेछ।

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 पुर्जा/क्रागजातहरुको 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 म्याथी टेगाना 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 रुपैयाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुठा टहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहैला बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

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

बैंकखाता नं:.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....