



हंसपुर नगरपालिका

Hanspur Municipality

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

Office of the Municipality Executive

बघचौडा, (नेपाल)
Baghchauda, (Nepal)



मधेश प्रदेश

प.स. :- ०७८/०७९

च.नं. :- ३५६९

मिति :- २०७९/०३/३१

विषय :- औषधी उपचारको लागी आवेदन फारम गर्ने सम्बन्धि सूचना ।

श्री हंसपुर नगरपालिका, बडा कार्यालय
बडा नं.

उपरोक्त सम्बन्धमा श्री स्वास्थ्य तथा जन संख्या मन्त्रालय, रामशाहपथ, काठमाण्डौ बाट जारी भएको मृगौला प्रत्यारोपन गरेका, डायलायसिस गराई रहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघात भएका बिरामीलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि २०७८मा मासिक रु. ५०००० (पाच हजार मात्र) उपलब्ध गराइने भनि व्यवस्था रहेकाले तपसिल अनुसारको कागजात सहित आ-आपनो वार्डको वार्ड कार्यालयमा सूचना प्रकाशित भएको मितिले १५ (पन्द्र) दिन भित्र निवेदन दिनु हुन सम्बन्धित सबैको जनकारीको लागी यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ ।

केशव कुमार अधिकारी
(प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत)

प्रदीप कुमार यादव
(नगर प्रमुख)
प्रदीप कुमार यादव
नगर प्रमुख

पेश गर्नपर्ने कागजातहरू	सेवा उपलब्ध नहुने अवस्थाहरू
- नागरिकता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि - नाबालक हकमा जन्म दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि - अनुसूची १ बमोजिमको चिकित्सकको सिफारिस - मेरुदण्ड पक्षाघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धि प्राप्त रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि - लाभग्राहीले अनुसूची-२ बमोजिमको निवेदनको साथै सम्बन्धित वार्डको सिफारिस पत्र - सम्बन्धित व्यक्तिको एन.एम.बि.बैकमा रहेको खाता नम्बर	- नेपाल सरकारको पूर्ण वा आंशिक स्वामित्व रहेको संस्था/संगठनबाट रोजगारी निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगार पेन्सन प्राप्त गरि रहेका व्यक्तीहरू - नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराउदै आइरहेको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला, दलित, अपाङ्ग भत्ता लगायत सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा यस निर्देशिका बमोजिम उपलब्ध गराइने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता मात्र मासिक प्राप्त गर्नेछन् । - यसै सूचनामा उल्लेखित एक भन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तीले दोहरो पर्ने गरि यस किसिमको भत्ता प्राप्त गर्ने छैन ।

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, झुठा 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.:.....