



के.आई.सिंह गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
वायल, डोटी, नेपाल  
वायल, डोटी, २०७३

प.स. : २०७९।०८०

च.न. :

सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

Website: kisinghmun.gov.np

Email: kisingh.rm@gmail.com

मिति: २०७९।०५।०५

सुचना ।।। सुचना ।।। सुचना ।।।

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाईसिस गराईरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरूलाई औषधि उपचार वापत खर्च गराईने सम्बन्धि कार्यविधि २०७८ अनुसार सो कार्यका लागि यस गाउँपालिका अन्तर्गत रहेका उक्त तोकिएका बिरामीहरूले कार्यविधिले निर्धारण गरेका तपशिल अनुसारका कागजात सहित यो सुचना प्रकाशित भएको मितिले १५ दिन भित्र सम्बन्धित वडा कार्यालय मार्फत यस कार्यालयमा कार्यविधिको अनुसुचि २ बमोजिमको ढांचामा निवेदन पेश गर्न हुन यो सुचना प्रकाशित गरिएको छ ।

निवेदन साथ पेश गर्नु पर्ने कागजात:

१. राष्ट्रिय परिचय पत्र वा नेपाली नागरिकताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी ।
२. नावालकको हकमा अभिभावकको नागरिकता, जन्म दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी ।
३. कार्यविधि २०७८ को अनुसुचि १ बमोजिम को ढांचामा चिकित्सकको सिफारिस ।
४. मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपांगता सम्बन्धि प्राप्त गरेको रातो वा नीलो कार्डको प्रतिलिपी ।

सेवा पाउने बिरामीहरू:

१. मृगौला प्रत्यारोपण गरेका बिरामीहरू ।
२. डायलाईसिस गराई रहेका बिरामीहरू ।
३. क्यान्सर रोगको उपचार गराई रहेका बिरामीहरू ।
४. मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरू ।

नोट: यस कार्यक्रम काट सेवा उपलब्ध हुनका लागि उल्लेखित बिरामीहरूले नेपाल सरकार बाट कुनै पनि प्रकारको सामाजिक सुरक्षा भत्ता/ पेन्सन तथा कुनै पनि सरकारी / गैर सरकारी संघ, संस्था बाट सेवा सुबिधा पाई रहेको अवस्थामा निजले दोहोरो सुबिधा पाउने छैन

बिस्तृत जानकारीका लागि: के आई सिंह गाउँपालिका, स्वास्थ्य शाखामा सम्पर्क राख्नु होला । ( ९८४८४९९०२७ )

००९/१२  
सुदूरपश्चिमी अतिरिक्त

अनुसूची-१

(दफा३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/ कयान्सर 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.....को .....साल.....महिना.....गते श्री .....अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/कयान्सर 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 सम्बन्धमा .....गाउँपालिका /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,  
झुटा टहरे 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:.....



  
नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
काठमाडौं