



स्थानीय सरकार  
मेलुङ गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
बागमती प्रदेश  
२०७३

पत्र सङ्ख्या : २०८१/०८२

भेड्पु, दोलखा, नेपाल

सचना नम्बर : ०५

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च पाईरहेका लाभग्राहीहरूले नयाँ नाम दर्ता तथा नविकरण गर्ने सम्बन्धी जरुरी सूचना

(मिति : २०८१/०८/०१)

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ बमोजिम मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरूले आ.व. २०८१/०८२ मा निरन्तर रुपमा उपचार बापत खर्च रकम प्राप्त गर्नका लागि २०८१ श्रावण १ गतेदेखि भाद्र मसान्तभित्र तपसिल बमोजिका कागजात सहित सम्बन्धित वडा कार्यालयमा निवेदन पेश गर्नुहुनु सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि अनुरोध गरिन्छ।

तपसिल :

- १ नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएका चिकित्सकबाट प्रमाणिकरण गरिएको अनुसूची - १ बमोजिमको फारम
- २ अनुसूची - २ बमोजिमको निवेदन
- ३ राष्ट्रिय परिचयपत्र नम्बर वा नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- ४ नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- ५ मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धी प्राप्त गरेको रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपी

*Sanyas*  
08/09

(सन्जय शिवाकोटी)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

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.....को .....साल.....महिना.....गते श्री .....अस्पतालमा 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 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,  
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:.....