



मेलौली नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
मेलौली, बैतडी
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

ईमेल: ito.melaulimun@gmail.com

फोन नं.: ०९६६९०९३६

मिति: २०७९/०५/१२

प.स. २०७९/१५०

च.नं.:

विषय : सूचना । सूचना ॥ सूचना ॥

प्रस्तुत विषय सम्बन्धमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाईसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघात विरामीहरूलाई औषधि उपचार बाफत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि २०७८ बमोजिम (रोग निको नहुन्जेल सम्म मासिक रु.५०००/- पाँच हजार औषधि उपचार खर्च) सेवा प्राप्त गर्नको लागि तपसिल बमोजिमको मापदण्ड पुगेका लाभग्राहीहरूले अनुसुचि-१ फारम सहित आवश्यक कागजात सहित अनुसुचि-२ फारम भरि मिति २०७९ भाद्र मसान्त भित्र आफ्नो वडा कार्यालयमा निवेदन दिनहुन यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ ।

तपसिल

१. मृगौला प्रत्यारोपण गरेका व्यक्तीहरु ।

२. मृगौलाको समस्या भई, डायलाईसिस गराईरहेका व्यक्तीहरु ।

३. क्यान्सर रोग लागी हाल निरन्तर उपचार गरीरहेका व्यक्तीहरु ।

४. मेरुदण्डको पक्षघात भई अपांगता सम्बन्धि रातो (क) र निलो (ख) वर्गको परिचय पत्र प्राप्त गरेका व्यक्तीहरु ।

आवश्यक कागजातहरु :-

- गरिव परिचय पत्र वा वडा कार्यालयबाट गरिब/विपन्न हो भनी प्रमाणीत अनुसुचि सहित सिफारिस पत्र ।
- उपरोक्त रोगलागेको र हाल उपचार गराईरहेको विवरण खुल्ने अनुसुचि १ बमोजिमको ढाँचामा मान्यता प्राप्त चिकित्सकको सिफारिस पत्र (सम्भव भए सम्म उपचाररत अस्पतालबाट उपलब्ध गराउने नभएको हकमा विरामीको कागजपत्रको आधारमा जुनसुखै मान्यता प्राप्त चिकित्सक बाट प्रमाणित गराउन सकिने ।)
- बैंक खाता रहेको चेकको (स्पष्ट देखिने प्रतिलिपी १प्रति) संलग्न राखी पुर्णरूपमा भरिएको अनुसुचि-२ बमोजिमको निवेदन ।
- राष्ट्रिय परिचय पत्र वा नेपाली नागरिकताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि ।
- आवश्यक पर्ने अनुसुचि फारमहरु सम्बन्धित वडा कार्यालयबाट प्राप्त गर्न सकिने छ ।

नोट :-नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पुर्ण वा अधिकांस स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्तीहरु र नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराउदै आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित तथा पिछडिएको भत्ता, बाल पोषण भत्ता, अपांग भत्ता लगायतका जुनसुकै सामाजिक सुरक्षा भत्ता प्राप्त गरिरहेका व्यक्तीहरुको हकमा दोहोरो भत्ता उपलब्ध हुने 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, झुठ्ठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

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

वैकखाता नं.....

वैकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....