



रामारोशन गाउँपालिका
Ramaroshan Rural Municipality
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
Office of the Rural Municipal Executive

शान्तडा, अछाम
(Shantada, Achham)
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल
(Sudurpaschim province, Nepal)

पत्र संख्या (Reference No): २०८२/०८३
चलानी नं. (Dispatch No):

मिति: २०८२/०४/२५
ने.सं. ११४५ गुलागा पारु

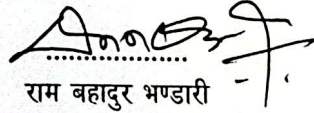
सूचना । सूचना ॥ सूचना ॥

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका डायलाईसिस गरिरहेका क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीहरूले नाम नविकरण गर्ने सम्बन्धि अत्यन्तै जरुरी सूचना ।

प्रस्तुत विषयमा "मृगौला प्रत्यारोपण गरेका डायलाईसिस गरिरहेका क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीलाई औषधी उपचार खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि २०७८" बमोजिम मासिक रु ५००० (पाँच हजार) का दरले उपचार खर्च, प्राप्त गरिरहेका लाभग्राहीहरूले चालु आ व २०८२।०८३ मा औषधी उपचार खर्च प्राप्त गर्न नामावली नविकरणका साथै नयाँ विरामीहरूको नाम दर्ता र अध्यावधिक वडा कार्यालयको अभिलेखमा गरी सम्बन्धित विरामी वा निजको परिवारका सदस्यहरूले तपशिलको कागजात सहित सूचना प्रकाशन भएको मितिले ३० दिन भित्र सम्बन्धित वडा कार्यालयमा आवश्यक कागजात पेश गर्नुहुन सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

तपशिल:

१. सम्बन्धित चिकित्सकले रोग प्रमाणित गरेको अनुसूची १
२. औषधी उपचार खर्च पाउ भनी निवेदन अनुसूची २
३. मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीको हकमा रातो वा निलो कार्ड ।
४. दोहोरो सुविधा नलिएको सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र (दोहोरो सुविधा भन्नाले नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी वा निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी पेन्सन नगरेका व्यक्ति र नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराउँदै आएको जेष्ठ नागरीक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, परिटडिएको भत्ता, अपांग भत्ता, लगाएत नेपाल सरकारबाट साविकमा पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता नलिएको)
५. नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि (नाबालको हकमा जन्मदर्ता)
६. सम्बन्धित अस्पतालको विरामि पुर्जाको प्रतिलिपि (विगत ३ महिना भित्र फलोअप चेकजाँच रिपोर्ट)
७. सम्बन्धित विरामीको नाममा रहेको बैङ्क खाताको चेकको प्रतिलिपि ।


राम बहादुर भण्डारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकारी
राम बहादुर भण्डारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकारी

कृषि, पर्यटन प्रबर्द्धन तथा मौलिक संस्कृति हाम्रो पहिचान ।
आर्थिक, सामाजिक तथा समृद्ध विकास रामारोशन गाउँपालिकाको अभियान ॥

अनुसूची-०१

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

मृगौला प्रत्यारोपणगरेका /डायलाईसिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा
श्री रामारोशन गाउँपालिका,शान्तडा अछाम।

बिषय:प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा।

उपरोक्त बिषयका सम्बन्धमागाउँपालिकावडा नं
.....गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....बर्षकोराष्ट्रिय परिचयपत्र
नं/नागरिकता नं/जन्म दर्ता नं/ (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा).....सम्पर्क नं
भएको श्री.....को
.....साल.....महिना.....गते श्री
.....अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाईसिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग निदान
भएको /मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालको पुर्जि/कागजजातको बिबरण जाचै बुझ गरि प्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको:

दस्तखत:.....

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

अनुसूची-०२

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

बिषय: औषधी उपचारबाट खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्ष ज्यु,

वडा नं.....रामारोशन गाउँपालिका, जिल्ला अछाम, सुदूरपश्चिम प्रदेश।

उपरोक्त बिषयका सम्बन्धमागाउँपालिकानं. वडा
.....गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....बर्षकोराष्ट्रिय परिचयपत्र
नं/नागरिकता नं/जन्म दर्ता नं/ (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा).....सम्पर्क नं
भएको म मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाईसिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग
निदान भएको /मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको ब्याक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी उपचार
बाट मासिक पाचै हजार रुपैयाका दरले खर्च पाउँ भनिनिवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठिक साँचो हो,
झुठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउला।

निवेदक:

दस्तखत:.....

पुरा नाम थर:

लिङ्ग:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता नं/जन्मदर्ता नं.....

बैंडक खाता नं:.....

बैंकको खाता नं.....

सम्पर्क मोबाईल नं.....