



बेलौरी नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
बेलौरी, कंचनपुर
सुदुरपश्चिम प्रदेश, नेपाल



पत्र स. : २०७८/१०८०

च.न. :

मिति : २०७८/१०५/१०८

विषय : सूचना।सूचना।।सूचना।।।

प्रस्तुत विषय सम्बन्धमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरूदण्ड पक्षघातका बिरामीहरूलाई औषधी उपचार बाफत् खर्च मासिक रु.५०००।-(पाच हजार) उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ अनुसार यस बेलौरी नगरपालिका अन्तर्गत तपसिलमा उल्लेखित दीर्घरोगका बिरामीहरूले तपसिलमा उल्लेखित कागजात सहित यो सूचना प्रकाशित भएको मितिले १५ दिन भित्र सम्बन्धित वडा कार्यालयहरूमा अनुसुचि २ बमोजिमको निवेदन पेश गर्न हुन यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ ।

तपसिल

क) दीर्घ रोगहरू : १. मृगौला प्रत्यारोपण गरेका २. डायलाइसिस गरिरहेका ३. क्यान्सर रोगका बिरामी ४. मेरूदण्ड पक्षघातका बिरामी ।

ख) निवेदन साथ समावेश गर्नपर्ने कागजातहरू

- १) नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
- २) नाबलकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
- ३) अनुसुची १ बमोजिम चिकित्सकले दीर्घरोग प्रमाणित गरेको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
- ४) मेरूदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्ग परिचयपत्रको प्रतिलिपि ।

५) बेलौरी नगरपालिका वडा नम्बर १, २, ३ र ५ का बिरामीले एन.एम.बि. बैंक, वडा नम्बर ४, ६ र ७ का बिरामीले राष्ट्रिय वाणिज्य बैंक र वडा नम्बर ८, ९ र १० का बिरामीले नविल बैंकको खाता भएको चेकको प्रतिलिपि ।

नोट : नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराइँदै आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडिएको भत्ता, अपाङ्ग भत्ता लगायत नेपाल सरकारबाट साविकमा पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा निर्देशिका बमोजिम उपलब्ध गराईने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता/मासिक बृत्ति मात्र प्राप्त गर्न सक्ने छन् ।

बेधार्थ :

श्री वडा कार्यालय सबै बेलौरी नगरपालिका - सूचना टाँस गरिदिन हुन साथै रित्त पूर्वक परेका निवेदन संकलन गरी एकमुष्ट यस कार्यालयमा पठाई दिन हुन ।

श्री स्वास्थ्य संस्था सबै बेलौरी नगरपालिका - आवश्यक सहजीकरण गरिदिन हुन ।

श्री सूचना प्रविधि शाखा बेलौरी नगरपालिका - वेबसाईटमा राखिदिन हुन ।

थप जानकारीका लागि बेलौरी नगरपालिकाको Website मा राखिएको "मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरूदण्ड पक्षघातका बिरामीहरूलाई औषधी उपचार बाफत् खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८" अध्ययन गर्नु होला ।


2079/05/08

सुशिला लेखक
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.....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:

den



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,
झुट्टा 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:.....




नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
काठमाडौं