



थोरी गाउँपालिका

Thori Rural Municipality

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय



Office of the Rural Municipal Executive

घ्याङ्गडाँडा, पर्सो / Gyangdanda, Parsa

मधेश प्रदेश, नेपाल / Madhesh Province, Nepal

पत्र संख्या (Ref. No.) २०८२/०८३

चलानी नं. (Dispatch No.) १२२३

वि.सं. २०८२ मंसिर २ गते मंगलवार

ने.सं. ११४६ कछलागा त्रयोदशी- २८

औषधि उपचारमा सहूलियत सम्बन्धी सूचना।

प्रस्तुत विषयमा विपन्न नागरिक औषधि उपचार कार्यक्रम सञ्चालन निर्देशिका, २०८० (पहिलो संशोधन २०८२) वमोजिम कडा रोग लागेका विरामीले औषधि उपचारमा सहूलियत प्राप्त गर्नका लागि तपसिल अनुसारका प्रमाणित कागजातहरु थोरी गाउँपालिका गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय, घ्याङ्गडाँडामा पेश गर्नु हुन सम्बन्धित सबैमा सूचित गरिन्छ।

तपसिल

१. अनुसूचि-३ वमोजिमको निवेदन सम्बन्धित वडा कार्यालयमा पेश गरी वडा कार्यालयबाट प्रमाणित गरिएको कागजात पेश गर्नु पर्नेछ।
२. अनुसूचि-४ वमोजिमका कागजातहरु संलग्न गर्नु पर्नेछ।
३. अनुसूचि-१४ वमोजिम अस्पतालका चिकित्सकबाट प्रमाणित कागजात पेश गर्नु पर्नेछ।

(Signature)

सरोज कुमार चौधरी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

“सुशासन, समृद्धि, समुन्नत र पर्यटकीय ठोरीको आधार उत्तरदायी, पारदर्शी, जिम्मेवार स्थानीय सरकार”

Chairman : 9861347050

CAO : 9855038037

IO : 9855021037

Email Id : info@thorimun.gov.np

Ito.thorirmun@gmail.com

Website: www.thorimun.gov.np

अनुसूचि-३
(दफा ५ को उपदफा (२) संग सम्बन्धित)
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यू,
ठोरी गाउँपालिका, वडा नं. . पर्सा।

देहाय बमोजिम विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधि उपचार सहूलियतका लागी अनुरोध गर्दछु।

१	व्यक्तिगत विवरण: विरामिको नाम:- , उमेर:- , लिङ्ग:- , ठेगाना: स्थायी प्रदेश: , जिल्ला:- , पालिका:- , वडा नं.- अस्थायी प्रदेश: जिल्ला: , पालिका:- पालिका: वडा नं.- , जातिगत विवरण: ब्राह्मण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती/दलित/ अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्या:-
२	आय स्रोत: पेशा व्यवसाय: परम्परागत कृषि/रोजगारी (स्वदेशी/विदेशी)/उद्यम/व्यवसाय अनुमानित मासिक आय:- रु.
३	जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत समेत): भौतिक संरचना:- घर/ टहरा आदिको संख्या: कच्ची/पक्की: सवारी साधन:- बैंक मौज्दात:- सुन चाँदी:- नगद:-
४	विरामीको रोगको किसिम:- मुटु रोग/ मृगौला रोग/ क्यान्सर/ पार्किन्सन्स/ अल्जाइमर/ हेड इन्जुरी/ स्पाइनल इन्जुरी/सिकलसेल एनिमिया रोग
५	सम्लग्न कागजातहरू: (क) विरामिको नागरिकता प्रतिलिपी (ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन
६	उपचार सहूलियतको लागी सिफारिस माग गरिएको अस्पताल:-
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्योहोरा साँचो हो झुठा ठहरे सहला बुझाउँला । निवेदकको नाम:- विरामीसंगको नाता: ठेगाना:- पालिका: , वडा नं. , टोल: दस्तखत: मिति:- सम्पर्क नं.-
८	सिफारिसको व्योहोरा: निज विरामी विपन्न नागरिक भएकोले निजको औषधि उपचारमा सहूलियत उपलब्ध गराई दिनुहुन सिफारिस गर्दछु। सिफारिस गर्ने दस्तखत: नाम:- पद:- दर्जा: मिति:- कार्यालयको छाप:

अनुसूचि-४

(दफा ४ को उपदफा (२) र दफा ५ को उपदफा (३) संग सम्बन्धित)

स्थानीय तह सिफारिस समिति सचिवालयलाई आवश्यक पर्ने कागजातका विवरण

१. विरामीको नाम, थर, ठेगाना र सम्पर्क नं.
२. विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि (१६ वर्षमूनीको हकमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि)
३. उपचारको लागि सूचिकृत अस्पताल मध्ये सिफारिस माग गरिएको अस्पताल
४. रोग निदान भएको संक्षिप्त व्यहोरा सहितको प्रमाणित कागजात
५. विरामी विपन्न नागरिक भएको व्यहोरा खुलाई उपचार सहूलियतमा लागि वडाबाट सिफारिस गरिएको पत्र।
६. विरामीको पासपोर्ट साइजको फोटो-१ थान

विपन्न नागरिकको औषधि उपचार सिफारिस गर्दा खुलाउने पर्ने विवरण:

१. विरामीको नाम, थर, ठेगाना, ना.प्र.प.नं./ज.द.प्र.प.नं., सम्पर्क नं.
२. उपचारको लागि सूचिकृत अस्पताल मध्ये सिफारिस माग गरिएको अस्पतालको नाम
३. उपचार सहूलियतको लागि सिफारिस गरिएको रोग
४. विरामी विपन्न नागरिक भएको व्यहोरा
५. उपचार सहूलियतको लागि अस्पताललाई सिफारिस गरिएको पत्र सहित समितिको निर्णयको प्रतिलिपि।

अस्पतालको छाप

अनुसूचि-१४

(दफा ४ को उपदफा (२ ग) संग सम्बन्धित)

स्थानीय तहको सिफारिसका लागि चिकित्सकको प्रिस्क्रिप्सनको ढाँचा

जो जससँग सम्बन्धित छ।

प्रस्तुत विषयमा प्रदेश _____, जिल्ला _____ वडा नं. _____ टोल _____ मा
स्थायी बसोबास गर्ने वर्ष _____ का नागरिकता नं./जन्मदर्ता नं. _____ भएका
श्री _____ लाई _____ जाँचका आधारमा _____
कडा रोग निदान भएको व्यहोरा प्रमाणित गरिन्छ। उक्त रोग लागेकोले निजलाई _____
उपचार गर्नु पर्ने व्यहोरा अनुरोध छ।

.....
प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको
नाम, थर:
पद:
काउन्सिल दर्ता नं.
मिति: