



ठोरी गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
ध्यातुङ्ग, पौसी
मधेश प्रदेश, नेपाल

प.सं. २०७८/०७९

च.नं. १०८१

मिति: २०७९/०२/१९

विषय: औषधि उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी सूचना।

नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय(माननीय मन्त्री स्तर) बाट स्वीकृत "मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीलाई औषधि उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८" वमोजिम मासिक रु. ५०००/- पाँच हजार देहाय अनुसार उपलब्ध गराउने भएकोले लाभग्राहीहरूले तपशिलका आवश्यक कागजातहरू सहित ठोरी गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालयमा आवेदन दर्ता गर्नु हुन सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ।

तपशिल

१. लक्षित समूह: मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी (उपचाररत वा चिकित्सकले तीन-तीन महिना भित्र निरन्तर निगरानी close follow up मा राखेका) र मेरुदण्ड पक्षघात भएका(रातो वा निलो अपाङ्ग परिचय पत्र वाहक)
२. लाभग्राहीको आधार: (क) नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी वा पेन्सन प्राप्त गरिरहेका ब्यक्तिलाई यस कार्यविधि वमोजिम मासिक वृत्ति उपलब्ध गराईने छैन।
(ख) नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराईदै आएको ज्येष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडिएको भत्ता, अपाङ्ग भत्ता लगायत नेपाल सरकारबाट साविकमा खाईपाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा यस कार्यविधि वमोजिम उपलब्ध गराईने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता/मासिक वृत्ति मात्र प्राप्त गर्न सक्नेछन्।

सुभाष चन्द
मुख्य प्रशासकीय अधिकृत



ठोरी गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
ध्याङ्गुडा, पोखरा
मधेश प्रदेश, नेपाल

प.सं. २०७८/०७९

च.नं. १०८५

यस कार्यविधिमा उल्लेखित एक भन्दा बढि रोग लागेका ब्यक्तिले दोहोरो भत्ता प्राप्त गर्ने छैनन्।

(घ) नेपाल सरकारले तोकेको मासिक रु. ५०००/- पाँच हजारका दरले त्रैमासिक रूपमा ठोरी गाउँपालिकाको कार्यालयले सम्बन्धित लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्नेछ।

३. आवश्यक कागजातहरु:

- (क) अस्पताल/चिकित्सकबाट पूर्णरूपमा भरिएको अनुसूचि-१
- (ख) लाभग्राहीले पूर्णरूपमा भरेका अनुसूचि-२
- (ग) नागरिकता प्रमाण पत्रको छाँयाकपि-१
- (घ) बैंक खाताको चेकको छाँयाकपि-१
- (ङ) सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र-१
- (च) अस्पताल/चिकित्सकबाट प्रमाणित प्रिस्क्रिप्शनको छाँयाकपि-१

Binayak
रुपा लाल श्रेष्ठ
सह 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:

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.:.....

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं.:.....