



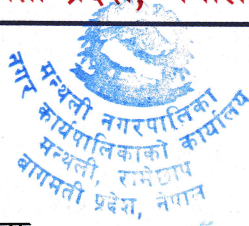
मन्थली नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

मन्थली, रामेछाप
बागमती प्रदेश, नेपाल

०४८-५४०११२
०४८-५४०५३२

पत्र संख्या :-

चलानी नं. :- ३६

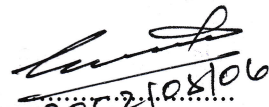


मिति:- २०८२/०४/०७

श्री १४ वटै वडा कार्यालयहरु / सबै स्वास्थ्य संस्थाहरु
मन्थली नगरपालिका, रामेछाप ।

विषय:- सूचना पठाईएको सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा मिगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी जरुरी सूचना यसै पत्रसाथ पठाईएको हुँदा उक्त सूचना त्यस वडा कार्यालय/ स्वास्थ्य संस्थाको सूचना पाटीमा टास गरी तथा फेसबुक पेजमा समेत राखि समुदाय स्तर सम्म सम्बन्धित व्यक्तिहरुलाई जानकारी गराई दिनुहुन अनुरोध छ ।


२०८२/०४/०७
(देवर्षि सापकोटा)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

देवर्षि सापकोटा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत



मन्थली नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

मन्थली, रामेछाप
बागमती प्रदेश, नेपाल

०४८-५४०११२
०४८-५४०५३२

पत्र संख्या :-

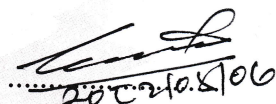
चलानी नं. २६

मिर्गौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधी उपचार वापत खर्च पाईरहेका लाभग्राहीहरूले नयाँ नाम दर्ता तथा नविकरण गर्ने सम्बन्धी जरुरी सूचना
(मिति:-२०८२/०४/०७)

मिर्गौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि २०७८ बमोजिम मिर्गौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरूले आ.व. २०८२/०८३ मा निरन्तर रुपमा उपचार वापत खर्च रकम प्राप्त गर्नका लागि २०८२ भाद्र मसान्त भित्र तपसिल बमोजिमको कागजात स्वास्थ्य शाखामा पेश गर्नुहुन सम्बन्धित सबैको जानकारीका लागि अनुरोध गरिन्छ।

तपसिल

१. नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएका चिकित्सकबाट प्रमाणिकरण गरिएको अनुसूची १ बमोजिमको फारम।
२. अनुसूची -२ बमोजिम निवेदन।
३. राष्ट्रिय परिचयपत्र नम्बर वा नगरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी।
४. नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी।
५. मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धी प्राप्त गरेकव रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपी (अपाङ्गताको भत्ता नखाएकाहरूले मात्र)
६. बैंक खाता चेकको प्रतिलिपि।
७. वडाको सिफारिस।


(देवर्षि सापकोटा)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

देवर्षि सापकोटा
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

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, झुठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला ।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्गः.....

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

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....