



स्थानीय सरकार

Local Government

नेचासल्यान गाउँपालिका

Nechasalyan Rural Municipality

email:nechasalyan345@gmail.com

info@nechasalyanmun.gov.np

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

Office of the Rural Municipal Executive

प सः२०८३/०८४

च नं

नेचाबेतघारी, सोलुखुम्बु

Nechabetahari, Solukhumbu

कोशी प्रदेश, नेपाल

Koshi Province, Nepal

मिति:२०८३/०४/११

श्री वडा कार्यालय सबै,
नेचासल्यान गाउँपालिका सोलुखुम्बु ।

वार्षिक नविकरण सम्बन्धी अत्यन्त जरुरी सूचना

नेपाल सरकार,स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृत "मिर्गौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर तथा मेरुदण्ड पक्षघात भएका बिरामीलाई औषधी उपचार खर्च वापत मासिक रुपमा रु. ५००० उपलब्ध गराउने कार्यविधि, २०७८" बमोजिम विगत वर्षमा नाम समावेश भई लाभ प्राप्त गरिरहेका लाभग्राहीहरुले नयाँ आर्थिक वर्ष २०८३/८४ का लागि नविकरण गर्नुपर्ने भएकाले २०८३/०५/३१ गते भित्र सम्बन्धीत वडा कार्यालय वा गाउँपालिका कार्यालयको स्वास्थ्य शाखा बाट तपशिलका सक्कल कागजात पेश गरि नविकरण गर्नु/गराउनुहुन सम्बन्धित सबै लाभग्राहीहरुलाई यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ।

नविकरण गर्न आवश्यक पर्ने कागजातहरु:

१. अनुसूची-१ (कार्यविधि बमोजिमको अनुसूची उपचारत अस्पतालबाट प्रमाणित गरिएको)
२. अनुसूची-२(कार्यविधि बमोजिमको अनुसूची सम्बन्धीत वडा कार्यालयबाट प्रमाणित गरिएको)
३. वडा कार्यालयको सिफारीस
४. नागरिकताको प्रतिलिपि
५. मेरुदण्डको पक्षघात भएका बिरामीहरुको हकमा अपाङ्गता परिचय (रातो वा निलो) पत्रको प्रतिलिपि
६. हालसालैको पासपोर्ट साईजको फोटो (२ प्रति)
७. बैंक खाताको विवरण तथा सम्पर्क नम्बर (लाभग्राहीको नाममा)

साथै निम्न व्यक्तिहरुले यो सुविधा दोहोरो रुपमा लिन नपाउने व्यवस्था छः

१. सरकार वा अन्य निकायबाट पेन्सन/भत्ता लिनेहरु,
२. अन्य सामाजिक सुरक्षा भत्ता लिनेहरु।

माधवमणि ढुङ्गाना

नि. प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

नि. प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

नोट:समयमा नै सक्कल विवरण अध्यावधिक तथा नविकरण नगरेमा लाभग्राहीको नाम सूचीबाट हटाईनेछ र रकम रोक्का हुनेछ। थप जानकारीका लागि सम्पर्क नं केशव बास्तोला ९८४२९३०२५५

"कृषि, पर्यटन, पूर्वाधार सम्बृद्ध नेचासल्यानको मूल आधार ॥"

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.:.....