



नरैनापुर गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

नरैनापुर, बाँके
लुम्बिनी प्रदेश, नेपाल



प. सं. Ref. No.-: २०८३।०८४

नरैनापुर, बाँके
लुम्बिनी प्रदेश, नेपाल

मिति Date:- वि.सं. २०८३।०४।२७

च. नं. Dispatch No. :- ८५

ने.सं. १९४६

मुगौला प्रत्यारोपण गरेका, नियमित डायलाइसिस गराईरहेका, क्यान्सर तथा मेरुदण्ड पक्षाघात भएका बिरामीहरुको उपचार सहायता सम्बन्धि लाभग्राही सुची नवीकरण सम्बन्धि सूचना !!!!

सूचना प्रकाशित मिति: २०८३/०४/२७

प्रस्तुत बिषय सम्बन्धमा नेपाल सरकार तथा सम्बन्धित निकायबाट उपलब्ध गराउँदै आएको मुगौला प्रत्यारोपण गरेका, नियमित डायलाइसिस गराईरहेका, क्यान्सर रोगबाट उपचाररत तथा मेरुदण्ड पक्षाघात भएका व्यक्तिहरुलाई औषधि उपचारका लागि प्रदान गरिने मासिक उपचार सहायता कार्यक्रम अन्तर्गत आर्थिक बर्ष २०८३/०८४ का लागि लाभग्राही सुची अद्यावधिक तथा नवीकरण गर्नुपर्ने भएकाले नरैनापुर गाउँपालिकाभित्र स्थाई बसोबास गर्ने सम्बन्धित लक्षित समुहका व्यक्तिहरुलाई तोकिएको समयभित्र सम्बन्धित वडा कार्यालयमा निवेदन पेश गर्न यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ ।

निवेदनसँग संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरु:

१. नेपाल नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
२. नावालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
३. लाभग्राहिको नाममा रहेको बैंक खाताको विवरण ।
४. अनुसूची-१ बमोजिमको निवेदन फारम ।
५. सम्बन्धित अस्पतालबाट विशेषज्ञ चिकित्सकको सिफारिस तथा उपचार सम्बन्धि प्रमाणपत्र ।
६. मेरुदण्ड पक्षाघात भएका व्यक्तिको हकमा अपाङ्गता परिचयपत्र (रातो) को प्रतिलिपि ।

लक्षित लाभग्राही:

१. मुगौला प्रत्यारोपण गरेका व्यक्ति ।
२. नियमित डायलाइसिस गराईरहेका व्यक्ति ।
३. क्यान्सर रोग पुष्टि भई उपचाररत वा चिकित्सकको सिफारिस अनुसार नियमित उपचारमा रहेका व्यक्ति ।
४. मेरुदण्ड पक्षाघात भई अपाङ्गता परिचयपत्र (रातो) प्राप्त गरेका व्यक्ति ।

(Signature)

नवराज वली

(प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत)

नवराज वली
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची-१

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले भुगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायालाइसिस 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 भुगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायालाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जा/ कागजातहरुको विवरण जॉच 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 सम्बन्धमा गाउँपालिका /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
..... भगौला 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 सौचो हो,
झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहैला बुझाउँला ।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम धर:..... लिङ्ग:.....

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

वैकखाता नं:.....

वैकको नाम: शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....