



राजदेवी नगरपालिका

Rajdevi Municipality

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

Office of the Municipal Executive



पत्र संख्या :- ०७९/०८०
चलानी न :-
प्राप्त प.सं/च.नं.:-



राजदेवी, रौतहट
Rajdevi, Rautahat

मधेश प्रदेश, नेपाल
Madhesh Province, Nepal

पहिली पटक सूचना प्रकाशित मिति: २०७९/१२/१३

प्रस्तुत विषयमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघात भएका विरामीहरूलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि २०७८ बमोजिम तपसिलका लक्षित समूहहरूलाई मासिक रुपमा प्रति विरामी रु. ५,०००/- (अक्षरेपी रुपैयाँ पाँच हजार मात्र) का दरले वितरण गरिने भएकोले सम्बन्धित लाभग्राहीहरूले आवश्यक कागजात सहित यो सूचना प्रकाशित भएको मितिले १५ दिन भित्र आफ्नो वडा कार्यालयमा निवेदन पेश गर्नुहुन सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ।

उपचार खर्च पाउने लक्षित समूह

१. मृगौला प्रत्यारोपण गरेको,
२. डायलाइसिस गरिरहेका,
३. क्यान्सर रोगको उपचार गराइरहेका (नियमित ३/३ महिनामा चिकित्सक फलोअप गरिराखेका समेत),
४. मेरुदण्ड पक्षघात भएको

निवेदनको साथ पेश गर्नु पर्ने कागजातहरू:

१. नेपाली नागरिकता/नावालाकको हकमा जन्मदर्ता परिचय पत्रको प्रतिलिपी,
२. अन्यत्रबाट बसाई सरेको हकमा बसाई सराईको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी,
३. चिकित्सकबाट प्रमाणित अनुसूची-१ फाराम,
४. अनुसूची-१ फाराम प्रमाणित गर्न उपचार भइरहेको अस्पतालको रिपोर्ट र चिकित्सकबाट प्रमाणित अन्य कागजातहरू,
५. अनुसूची-२ को ढाँचाको निवेदन,
६. मेरुदण्ड पक्षघात भएका व्यक्तिहरूका हकमा अपाङ्गता परिचय पत्र (रातो वा निलो) को प्रतिलिपी,
७. वडा कार्यालयबाट सेवाग्राही सामाजिक सुरक्षा भत्ता लिए/नलिएको समेत खुल्ने सिफारिस पत्र,
८. अन्य आवश्यक कागजातहरू

उपचार खर्च नपाउने र दोहोरो भत्ता नपाउने व्यक्ति

१. नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा आंशिक स्वामित्व भएको संस्था/निकाय बाट रोजगारी वा निवृत्तीभरण सुविधा पाइरहेको,
२. विदेशको सरकारबाट रोजगार वा पेन्सन पाइरहेका व्यक्ति,
३. सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाइरहेको व्यक्तिले सा.सु भत्ता वा यस कार्यविधि बमोजिमको खर्च मध्ये कुनै एक मात्र प्राप्त गर्नेछ,
४. माथि उल्लेखित रोगहरू मध्ये एक भन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तिले कुनै एउटा रोगको लागि मात्र उपचार खर्च पाउनेछन।

(Signature)
२०७९/१२/१३

प्रलव कायस्थ
मुख्य प्रशासकीय अधिकृत

टोल फ्री - १६६०५५२०११, नगर प्रमुख - ९८५५०४७२५१, उप प्रमुख - ९८५५०४७२५२, प्र.प्र.अ - ९८५५०४७२५३

वेबसाईट:- www.rajdevimun.gov.np ईमेल:- rajdevimata123@gmail.com ito.rajdevimun@gmail.com

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 न भएको श्री.....कोसाल.....महिना.....गते श्रीअस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरूको पूर्जा/ कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको द्याप:

[Signature]



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 न 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 रुपैयाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो,
झुठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहैला बुझाउँछु।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर..... लिङ्ग.....

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

वैकृता नं.

वैकको नाम: शाखा:

सम्पर्क मोबाइल नं.:

(Signature)

