



कोटहीमाई गाउँपालिका
Kotahimai Rural Municipality

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
Office of the Rural Municipal Executive

लुम्बिनी प्रदेश, नेपाल
Lumbini Province, Nepal

पत्र संख्या / Letter No.:

चलानी नं. / Ref. No.:

रूपन्देही
Rupandehi
गण्डागावा, रूपन्देही
Gandagawa, Rupandehi


मिति २०७९।०६।०४

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाईसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउन निवेदक दिने सम्बन्धि सुचना ।

नेपाल सरकार (माननिय मन्त्री स्तर) बाट मिति २०७८।१२।१३ गते स्वीकृत "मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाईसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि २०७८" अनुसार देहायको मापदण्डको आधारमा मासिक रूपमा औषधी उपचार मर्च रु ५०००। (पाँच हजार)का दरले त्रैमासिक रूपमा सम्बन्धित वडा कार्यालयहरुबाट भुक्तानी हुने हुँदा उपयुक्त रोग संग सम्बन्धित विरामीहरुले आ- आफ्नो वडा कार्यालयमा निवेदन दिनु हुन सुचित गरिन्छ ।

तपसिल :

१. राष्ट्रिय परिचय पत्र वा नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि, अनुसुची १ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफरिस, मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धि प्राप्त गरेको रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि सहित वडा कार्यालयमा अनुसुची २ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ ।
२. नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी निवृत्तिकरण वा विदेशी सरकारबाट साविकमा खाई पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा यस निर्देशिका बमोजिम उपलब्ध गराईने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता/मासिक वृत्ति मात्र प्राप्त गर्ने सक्नेछन ।
३. नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराउँदै आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछ्छाडिएको भत्ता, अपाङ्ग भत्ता लगाएत नेपाल सरकारबाट साविकमा खाई पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा यस निर्देशिका बमोजिम उपलब्ध गराईदिने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता/मासिक वृत्ति मात्र प्राप्त गर्न सक्नेछन ।
४. यसै कार्यविधिमा उल्लेखित एक भन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तीले दोहोरो गर्ने गरी यस किसिमको भत्ता प्राप्त गर्ने छैनन ।
५. पेश गर्नुपर्ने कागजात संग सम्बन्धित अनुसुची १ र अनुसुची २ <https://kotahimaimun.gov.np> बाट डाउनलोड गरी प्राप्त गर्न सकिनेछ ।
६. रकम भुक्तानीका लागि सम्बन्धित वडा कार्यालयले तोकेको बैंकमा खाता खोल्नु पर्नेछ ।


राजन श्रीवास्तव
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची १

(दफा सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको डायलासिस गराइरहेको क्यान्सर रोग
मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढँचा

मिति :.....

श्री कोटहीमाई गाउँपालिका
मभ्रगावाँ, रुपन्देही ।

विषय प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा कोटहीमाई गाउँपालिका वडा नं..... गाउँ टोल स्थायी ठेगाना
भएको उमेर..... वर्षको.. राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. / नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता
प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष भन्दाकम उमेरको हकमा)..... समपर्क नं. भएको
श्री.....को.....साल.....महिना.....गते
श्रीअस्पतालमा मृगौलाप्रत्यारोपण गरेको डायलासिस
गराइरहेको / क्यान्सर रोग निदान भएको मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि
अस्पतालहरुको पुर्जा / कागजातहरुको विवरण जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत :

पुरा नाम थर :

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.:

संस्थाको छाप

अनुसूची २
(दफार संग सम्बन्धित)
औषधिउपचार बापतखर्च पाउनकालागिदिने निवेदनको ढाँचा

मिति:.....

श्री वडाध्यक्ष ज्यू,
वडा नं.कोटहमाई गाउँपालिका
मभगावाँ,रुपन्देही, लुम्बिनी प्रदेश, नेपाल

विषय: औषधि उपचार बापतखर्च पाउँभन्ने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा कोटहमाई गाउँपालिका वडा नं..... गाउँ / टोल
स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....बर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. (नागरिकता
प्रमाणपत्र नं. जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ वर्ष भन्दाकम उमेरको हकमा).....
सम्पर्क नं. भएको म..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेको / डायलासिस गराइरहेको
क्यान्सर रोग निदान भएको मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्तिभएकोले सम्पूर्ण
आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च
पाउँभनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो भुट्टा ठहरे प्रचलित
कानूनबमोजिम

निवेदक :

हस्ताक्षर

नाम थर.....लिड.....

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

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम.....शाख.....

सम्पर्क मोबाइल नं.....