



दिपायल सिलगढी नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय, डोटी
स्वास्थ्य शाखा, सिलगढी, डोटी
Dipayal Silgadhi Municipality
Office of the Municipal Executive, Doti

☎ - ४२००९०

- ४२०९६८

फ्याक्स नं. ०९४-४२०२९७

ई-मेल-dsmphhealthunit1@gmail.com

web-site : dipayalsilgadhimun.gov.np

प.सं. :- ०८०/०८१

च.नं. :- ९९

सिलगढी(Silgadhi)

सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

मिति : २०८०/०४/११

श्री सवै वडा कार्यालय, दि.सि.न.पा.डोटी

श्री सवै.स्वा.चौ./आ.स्वा.से.के./न.स्वा.के.डोटी

विषय : नविकरण सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषय सम्बन्धमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डाईलाइसिस गराईरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ वमोजिम प्रत्येक वर्ष नविकरण गर्नुपर्ने भएकोले आ-आफ्नो वडा अन्तर्गतका सो रोग सम्बन्धि नया तथा पुराना विरामीहरूलाई तपसिल वमोजिका आवश्यक कागजात सहित २०८० श्रावण मसान्त भित्र यस दि.सि.न.पा.स्वास्थ्य शाखा डोटीमा सम्पर्क गर्न गराउन हुन जानकारीका लागी अनुरोध छ ।

तपसिल

१. नागरिकता प्रमाण-पत्रको प्रतिलिपि/नौवालाको हकमा जन्म दर्ताको प्रमाणपत्र प्रतिलिपि-१
२. अनुसुची १ वमोजिमको ढांचामा चिकित्सकको सिफारिस -१
३. अनुसुची २ वमोजिमको वडा कार्यालयमा पेश गरेको निवेदन-१
४. वडाको सिफारिस पत्र-१
५. सम्बन्धीत रोगको विरामी पुर्जा -१
६. मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि-१
७. निवेदन -१

तेज बहादुर खड्का

स्वास्थ्य शाखा प्रमुख
 तेज बहादुर खड्का
 स्वास्थ्य शाखा प्रमुख

अनुसूची-२

(दफा ३ संग 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
भेरुदण्ड 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:.....

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 अस्पतालहरूमा पर्जी/ कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप: