



शिवालय गाउँपालिका
Shivalaya Rural Municipality
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
Office of The Rural Municipal Executive
सिमा, जाजरकोट
Sima, Jajarkot



पत्र संख्या/Letter No. : २०८२/०८३

कर्णाली प्रदेश, नेपाल
Karnali Province, Nepal

चलानी नम्बर/Ref. No. :

मिति: २०८२/०४/१८

मासिक औषधि उपचार खर्च पाउनको लागि निवेदन पेश गर्ने सम्बन्धी जरुरी सूचना !

शिवालय गाउँपालिकाका मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोग पहिचान भई उपचार पछि निको भईसकेका व्यक्ति बाहेकका क्यान्सर रोगी (क्यान्सर पहिचान भई उपचार पछि निको भईसकेका तर चिकित्सकले तीन-तीन महिना भित्र निरन्तर निगरानीमा (Close Follow Up) राखेका व्यक्ति लाभग्राहीको सूचि भित्र पर्ने) र मेरुदण्ड पक्षघात भएका (रातो र निलो अपाङ्गता परिचयपत्र बाहक व्यक्ति) व्यक्तिहरूले नेपाल सरकारको नीति अनुसार मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ बमोजिम औषधि उपचार खर्च पाउनका लागि तपशिलमा उल्लेखित कागजातहरू सहित स्वास्थ्य शाखामा निवेदन पेश गर्नुहुन जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ।


गोपाल शाही

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

तपशिल

१. चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/ क्यान्सर रोग/ मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गरेको सिफारिस (अनुसूची-१),
२. औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि निवेदन (अनुसूची-२),
३. नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
४. वडा कार्यालयको सिफारिस,
५. उपचार गरेको/गराइरहेको प्रमाणित गर्ने अन्य आवश्यक कागजात।

नोट: नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्तिलाई उल्लेखित कार्यविधि बमोजिम मासिक वृत्ति उपलब्ध गराइने छैन। त्यसैगरी नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराइदै आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा उल्लेखित कार्यविधि बमोजिम उपलब्ध गराइने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता/मासिक वृत्ति मात्र उपलब्ध गराइनेछ। कार्यविधिमा उल्लेखित एकभन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तिले दोहोरो पर्ने गरी यस किसिमको भत्ता प्राप्त गर्ने छैनन्।

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 रुपैयाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो,
झुठो 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:.....



परिच्छेद-२

औषधि उपचार बापत खर्च प्राप्त गर्ने प्रक्रिया

३. निवेदन सम्बन्धी व्यवस्था: यस कार्यविधि बमोजिम औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि राष्ट्रिय परिचय पत्र नम्बर वा नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि, अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस, मेरूदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धी प्राप्त गरेको रातो वा नीलो कार्डको प्रतिलिपि सहित सम्बन्धित स्थानीय तहको वडा कार्यालयमा अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ ।
४. लाभग्राहिले पाउने औषधि उपचार बापत खर्च: नेपाल सरकारले तोकेको मासिक पाँच हजार रुपैयाँका दरले त्रैमासिक रूपमा महिनाको अन्तिम दिन स्थानीय तहले लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्नेछ । नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्ति लिए यस निर्देशिका बमोजिम मासिक वित्ति उपलब्ध गराइने छैन । त्यसगरी नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराइदै आएको ज्येष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडीएको भत्ता, अपाङ्ग भत्ता लगायत नेपाल सरकारबाट साविकमा पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा यस निर्देशिका बमोजिम उपलब्ध गराइने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता/मासिक वृत्ति मात्र प्राप्त गर्न सक्नेछन् । त्यसैगरी यसै कार्यविधिमा उल्लेखित एकभन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तिले दोहोरो गर्ने गरी यस किसिमको भत्ता प्राप्त गर्ने छैनन् ।
५. बजेट व्यवस्था: मन्त्रालयले सम्बन्धित स्थानीय तहबाट अनुसूची-३ अनुसारको ढाँचामा भुक्तानी भएको रकमको विवरण पेश गरेको आधारमा अर्ध-वार्षिक रूपमा शोधभर्ना गर्नेछ ।
६. नवीकरण: लाभग्राहीको सूची प्रत्येक आ.व.को शुरुमा सम्बन्धित वडा कार्यालयले नबिकरण गर्नुपर्नेछ ।

