



जोरायल गाउँपालिका
(Jorayal Rural Municipality)
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
(Office of The Rural Municipal Executive)

ईमेल: jorayalrmp@gmail.com

वेबसाईट: jorayalmun.gov.np

फोन: ९७४९९९८०५१

प.सं. २०७९/८०

च.नं. ११



रावतकट्टे, डोटी
 सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

मिति २०७९/०५/२८

सूचना !

सूचना !!

सूचना !!!

मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाईसिस गराईरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराईने सम्बन्धी कार्यबिधी २०७८ अनुसार सो कार्यका लागी यस गाउँपालिका अन्तर्गत रहेका उक्त तोकिएका बिरामीहरूले कार्यबिधीले निर्धारण गरेका तपसिल अनुसारका कागजात सहित यो सूचना प्रकासित भएको मितिले १५ दिन भित्र सम्बन्धीत वडा कार्यालय मार्फत यस कार्यालयमा कार्यबिधीको अनूसुचि २ बमोजिमको ढाँचामा निबेदन पेश गर्न हुन यो सूचना प्रकासित गरिएको छ ।

निबेदन साथ पेश गर्नुपर्ने कागजातहरू :

- १) राष्ट्रिय परिचय पत्र वा नेपाली नागरिकताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि
- २) नाबालकको हकमा अभिभाबकको नागरिकता, जन्म दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि
- ३) कार्यबिधी २०७८ को अनूसुचि १ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस
- ४) मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धी प्राप्त गरेको रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि

सेवा पाउने बिरामीहरू :

- १) मृगौला प्रत्यारोपण गरेका बिरामीहरू
- २) डायलाईसिस गराई रहेका बिरामीहरू
- ३) क्यान्सर रोगको उपचार गराई रहेका बिरामीहरू
- ४) मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरू

यस कार्यक्रम बाट सेवा उपलब्ध हुनका लागी उल्लेखित बरामीहरूले नेपाल सरकार बाट कुनै पनि प्रकारको सामाजिक सुरक्षा भत्ता / पेन्सन तथा कुनै पनि सरकारी / गैर सरकारी संघ, संस्था बाट सेवा सुविधा पाई रहेको अवस्थामा निजले दोहरो सुविधा पाउने छैन ।

विस्तृत जानकारी को लागी जोरायल गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखामा सम्पर्क राख्नु होला ।
 सम्पर्क नं ९८६४६०३२५२, ९८६४५६१७६७, ९८६४६६१९८९

2068/10/12

नरेन्द्र सिंह ठगुणा
 प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूनी-१

(दफाँड संग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/ क्यान्सर रोग / मेरुदण्ड पक्षाघात मानको प्रमाणित गर्ने दौचा

मिति.....

श्री.....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

.....।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा

उपरोक्तविषयमा.....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा
न.....गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र न/नागरिकता प्रमाणपत्र न/
जन्मदर्ता प्रमाणपत्र न (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)सम्पर्क नं भएको श्री.....को
.....साल.....महिना.....गते श्रीअस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइमिस
गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षाघात निदान भएको भनि अस्पतालहरूको पुर्जी/
कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

इस्तम्भन:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संभाको छाप:

अनुमतीः

(दफा ३ मैंग सम्बन्धित)

ओप्पि उपचार यापत मर्य पाउनका लागि दिने निवेदनमो हाँया

मिठी

विषय: ओप्पि उपचार यापत मर्य पाउं भएं सम्बन्धमा।

श्री बहुज्यशय्,

बहा न..... गाउपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका
सिला..... प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमा गाउपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका..... बहा
न..... गाउं/टोल स्थायी टेगाना भएको उमेर..... वर्सको..... रात्रिय पर्मध्यपत्र न/नारायिका प्रमाणपत्र न
/ जन्मदर्ता प्रमाणपत्र न (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क न भएको म
..... मूर्गाला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइमिस गराइरहेको/क्यान्सर गेग निदान भएको/
मेस्ट्रोइड पदाधान निदान भएको अर्थात् भएकोले सम्पर्क आवश्यक कागजान सहित ओप्पि उपचार याप
समिक्षा योव हजार रुपियाँका दरतो खुर्च पाउं भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोग टीक सौचो थो,
झुटा टहरे प्रचलित कानून वर्मोजिम सहेला बुझाउँला।

निवेदकः

इमानुष.....

नाम वर..... लिङ्ग.....

रात्रिय पर्मध्यपत्र न/नारायिका न/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र न.....

चेकन्हाना न.....

ईमेल नाम..... जाति.....

स्थायी मंजिल न.....