

अनुसूची-१

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएको
प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति:-

श्री शैल्यशिखर नगरपालिका,

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय गोकुलेश्वर, दार्चुला ।

विषय:- प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा महाकाली नगरपालिका नं. वडा गाउँ/टोल स्थायी
ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता
प्रमाणपत्र नं./ जन्म दर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा).....
सम्पर्क नम्बर भएको श्री को साल
..... महिना गते श्री अस्पतालमा
मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात रोग
निदान भएको भनि अस्पतालको पुर्जी/ कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

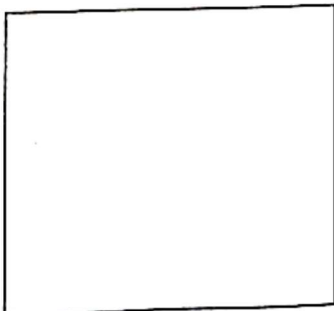
दस्तखत:.....

पुरा नाम थर:-.....

दर्जा:.....

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नम्बर:.....

संस्थाको छाप



अनुसूची-२
(दफा ३ संग सम्बन्धित)
औषधी उपचार खर्च वापत रकम पाउनका लागि निवेदनको ढाँचा

मिति:-

श्री वडा अध्यक्षज्यू,
..... नं. वडा शैल्यशिखर नगरपालिका, दार्चुला ।

विषय:- औषधी उपचार वापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा महाकाली नगरपालिका नं. वडा गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./ जन्म दर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)..... सम्पर्क नम्बर भएको स मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात रोग निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी उपचार खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठिक साँचो हो, झुठ्ठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बझाउला ।

निवेदक:

दस्तखत:.....

नाम थर:-..... लिङ्ग:.....

दर्जा:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./ जन्म दर्ता प्रमाणपत्र नं.....

वैङ्क खाता नम्बर:.....

वैङ्कको नाम:- शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नम्बर:.....

संस्थाको छाप

अनुसूची-३

(दफा ४, उपदफा (१) संग सम्बन्धित)

बिपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान् वडा अध्यक्षज्यू,

..... नं. वडा कार्यालय, शैल्यशिखर नगरपालिका, दार्चुला ।

देहाय बमोजिमको विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहूलियतका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१.	वैयक्तिक: विरामीको नाम थर: ठेगाना: स्थायी - जिल्ला: अस्थायी - जिल्ला: जातीगत विवरण:- ब्राह्मण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्या:	उमेर: पालिका पालिका लिङ्ग: वडा नं. वडा नं.	कैफियत
२	आय श्रोत (पेशा र व्यवसाय) परम्परागत कृषि: उद्योग/व्यवसाय:	रोजगारी: स्वदेशी/विदेशी अनुमानित मासिक आय:.....	
३	जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत) भौतिक संरचना (घर/टहरा आदिको संख्या: कच्ची/पक्की सवारी साधन:- सुन चाँदी:-	वैङ्क मौज्दात:- नगद:-	
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाईमर, हेड ईन्जुरी, स्पाईनल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया		
५	संलग्न कागजातहरू क) नागरिकताको प्रतिलिपी (नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी) ख) रोग निदान भएको प्रमाणित कागजात		
६	उपचार सहूलियतका लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल:		
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो झुठा ठहरे सहुँला बुझाउँला । निवेदकको नाम: दस्तखत:-	ठेगाना: सम्पर्क नं. मिति:-	
८	सिफारिसको व्यहोरा: सिफारिस गर्ने: नाम: पद: दस्तखत: मिति:	कार्यालयको छाप	