

अनुसूची-१

(दफा ३ संग सम्बन्धति)

चकितिसकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणति गर्ने ढाँचा

मिति:-

.....
श्री शैल्यशखिर नगरपालिका,
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय गोकुलेश्वर, दार्चुला ।

वषिय:- प्रमाणति गरिएको सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा शैल्यशखिर नगरपालिका नं. वडा
..... गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर बर्षको
..... राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता
प्रमाणपत्र नं./ जन्म दर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको
हकमा) सम्पर्क नम्बर भएको श्री
..... को
..... साल महिना
गते श्री अस्पतालमा
मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग नदिन भएको/मेरुदण्ड पक्षघात
रोग नदिन भएको भनी अस्पतालको पुरजी/ कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणति गर्दछु
।

प्रमाणति गर्ने चकितिसकको

दस्तखतः

पुरा नाम थर:-

दर्जाः

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नम्बरः

संस्थाको छाप



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

मिति:-

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

वषिय:- औषधी उपचार वापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा शैल्यशखिर नगरपालिका नं. वडा
..... गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर बर्षको
..... राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता
प्रमाणपत्र नं./ जन्म दर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको
हकमा) सम्पर्क नम्बर भएको म मृगौला
प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग नदिन भएको/मेरुदण्ड पक्षघात रोग
नदिन भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी उपचार खर्च पाउँ भनि
नविदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठिके साँचो हो, झुठ्ठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजमि
सहैला बझाउला ।

नविदकः

दस्तखतः

नाम थर:-

लङ्गिङ्गः

दर्जाः

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

नं.

बैंङ्क खाता नम्बरः

बैंङ्कको नाम:-

शाखाः

सम्पर्क मोवाइल नम्बरः

संस्थाको छाप

अनुसूची-३
(दफा ४, उपदफा (१) संग सम्बन्धति)
बपिन्न नागरिक आवेदन तथा सफारसि फाराम

श्रीमान् वडा अध्यक्षज्यू,
..... नं. वडा कार्यालय, शैल्यशखिर नगरपालिका, दार्चुला ।

देहाय बमोजमिको वविरण भरी वपिन्न नागरिक औषधी उपचार सहूलयितका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१.	वैयक्तिकः वसिमीको नाम थरः लडिगः ठेगानाः स्थायी - जलिलाः नं. अस्थायी - जलिलाः वडा नं. जातीगत वविरणः- ब्राह्मण/क्षेत्री/आदिबासी/जनजाती/दलति/अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्याः	उमेरः पालिका पालिका वडा	कैफयित
२	आय श्रोत (पेशा र व्यवसाय) परम्परागत कृषिः स्वदेशी/वदेशी उद्योग/व्यवसायः आयः	रोजगारीः अनुमानति मासिक	
३	जग्गा जमनि (क्षेत्रफल र स्थान समेत) भौतिक संरचना (घर/टहरा आदिको संख्याः कच्ची/पक्की सवारी साधनः- सुन चाँदीः-	बैङ्क मौज्दातः- नगदः-	
४	वसिमीको रोगको कसिमिः मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्कनिंसास, अलजाईमर, हेड ईन्जुरी, स्पाईनल ईन्जुरी र सकिलसेल एनमिया		
५	संलग्न कागजातहरु क) नागरिकताको प्रतिलिपि (नावालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि) ख) रोग नदिन भएको प्रमाणति कागजात		
६	उपचार सहूलयितका लागि सफारसि माग गरेको अस्पतालः		
७	उपर्युक्त बमोजमिको व्यहोरा साँचो हो झुठ्ठा ठहरे सहुँला बुझाउँला । नविदकको नामः दस्खतः- मतिः-	ठेगानाः सम्पर्क नं.	
८	सफारसिको व्यहोराः सफारसि गर्नेः नामः पदः दस्खतः मतिः	कार्यालयको छाप	