



आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय



हाडपाङ, ताप्लेजुङ

(कोशी प्रदेश, नेपाल)

प.सं. :- ०८१/०८२

च.नं. :- ६९९



मिति :- २०८१/०४/२१ गते

मृगौला प्रत्यारोपण गरेको डायलाइसिस गरिरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएका लाभग्राहीको नविकरण सम्बन्धी सुचना ।

प्रस्तुत बिषयमा यस आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका भित्रका मृगौला प्रत्यारोपण गरेको डायलाइसिस गरिरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएका बिरामिको भत्ता प्राप्त गरिरहनु भएका सम्पूर्ण लाभग्राहीहरूले चालु आ.ब. २०८१/०८२ मा नियमित औषधी उपचार खर्च वापत भत्ता प्राप्त गर्नको लागि २०८१/०५/१५ गते सम्ममा लाभग्राही आफै आठराई त्रिवेणी गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा देहायमा उल्लेखित कागज पत्र लिई अनिवार्य रूपमा औषधी उपचार खर्च वापतको भत्ता नविकरण गर्नुहुन यो सुचना प्रकाशित गरिएको छ । तोकिएको समयमा नविकरण नगराएमा भत्ता प्रदान गरिने छैन । कुनै पनी लाभग्राहीको औषधी उपचार खर्च वापतको भत्ता छुट्टन गएमा र निजले पुन प्राप्तीकालागी निवेदन दिएमा निवेदन पश्चात नयाँ लाभग्राही सरह औषधी उपचार खर्च वापतको भत्ता उपलब्ध गराइनेछ ।

आवश्यक कागजपत्रहरू:

- नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी,
- बालबालिकाको हकमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी र संसर्कको नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी,
- आवश्यकता अनुसार बसाई सराई दर्ता प्रमाणपत्र तथा विवाह दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी,
- सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र,
- अनुसुची-१ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस
- अनुसुची-२ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन
- बैंक खाता र चेकको फोटोकपी

नोट: अनुसुची-१ र अनुसुची-२ आठराई त्रिवेणी गाउँपालिकाको website बाट डाउनलोड गर्नसकिनेछ साथै तोकिएको समयमा नविकरण नगराएमा भत्ता प्रदान गरिने छैन । विरामी अशक्त भएका लाभग्राहीको हकमा निजको नजिकको हकदारले नविकरण गर्ने व्यवस्था गरिनेछ ।

भक्त बहादुर भट्टराई
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

website: aathraitribenimun.gov.np

✉: aathrai.tribenimun@gmail.com

☎Tel: 9852660960



अनुसूची-१

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलासिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने फारम

मिती:.....

श्री आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका,

हाङपाङ, ताप्लेजुङ ।

बिषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त बिषयमा आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका वडा नं. गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर बर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं. भएको श्री को साल महिना गते श्री अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलासिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरूको पुर्जी/कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणीत गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:



अनुसूची-२

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

औषधी उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदन

मिती:.....

बिषय: औषधी उपचार बापत खर्च पाँउ भन्ने भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडा अध्यक्ष ज्यु,

वडा नं. आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका

जिल्ला ताप्लेजुङ, प्रदेश नं १, नेपाल ।

उपरोक्त सम्बन्धमा आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका वडा नं..... गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर बर्षको
..... राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)
..... सम्पर्क नं. भएको म मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाईसिस गराईरहेको/क्यान्सर
रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी उपचार बापत मासिक पाँच
हजार रुपियाँका दरले खर्च पाँउ भनि निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठिक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानुन बमोजिम सहुँला
बुझाउँला ।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:..... लिङ्ग:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.....

बैंक खाता नं.....

बैंकको नाम:..... शाखा:.....

सम्पर्क मोबाईल नं.....

