



स्थानीय सरकार  
तारकेश्वर गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

प.सं.: २०८०/०८१

च.नं.: १८६

दाङसिङ, नुवाकोट  
बागमती प्रदेश, नेपाल



मिति : २०८१/०४/११ गते  
नेपाल संवतः ११४४ दिल्लागा षष्ठी-२१

श्री मासिक औषधी उपचार खर्च पाउने बिरामीहरु सबै ।

विषय: औषधी उपचार खर्च पाउने बिरामीहरुको विवरण नविकरण गर्ने सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा यस गाउँपालिका अन्तर्गत विभिन्न वडाहरुमा बसोबास गर्ने मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलासिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका उपचार गराइरहेका बिरामीहरुलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ अनुसार आ.व. २००८१ मा औषधी उपचार खर्च पाइरहेका बिरामीहरुले मिति २०८१ साल भाद्र मसान्त सम्म तपसिल बमोजिमको कागजात सहित नविकरण गर्नु हुन अनुरोध छ ।

तपसिल:

१. अस्पतालबाट रोग निदान भएको कागजातको फोटोकपी ।
२. नागरिकता वा जन्मदर्ताको फोटोकपी ।
३. उपचारत अस्पतालको चिकित्सकबाट प्रमाणित अनुसुची १ बमोजिमको सिफारिस ।
४. वडा कार्यालयको सिफारिस ।
५. हाल उपचार गरिरहेको फलोअप कागजातहरुको फोटोकपी ।
६. प्रभु वा हिमालयन बैंकको चेकको फोटोकपी स्पष्ट देखिने ।
७. नविकरण सहितको व्यक्तिगत निवेदन ।

छबिलाल के.सी.

नि.प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूचि - २  
(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधी उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने ढाँचा

श्री प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यु,  
तारकेश्वर गाउँपालिका  
गाउँकार्यपालिकाको कार्यालय  
दाङसिङ नुवाकोट, वागमती प्रदेश, नेपाल।

मिति :

**विषय : मासिक औषधी उपचार खर्च नविकरण गराई पाउँ।**

प्रस्तुत विषयमा चालु २०८१।०८२ आर्थिक वर्षमा मैले औषधी उपचार खर्च प्राप्त गर्नका लागि नविकरण गरिदिनु हुन आवश्यक कागजात साथ राखी यो निवेदन पेश गरेको छु। मैले राज्यकोषबाट नियमित रूपले पारिश्रमिक, निवृत्तभरण वा अन्य सुविधा पाएको छैन। अब्यहोरा साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहुलता बुझाउँला।

१. नाम : ..... जन्म मिति : वि.स. ....
२. ठेगाना : तारकेश्वर गाउँपालिका वडा नं. .... टोल : ..... घर नं. .... फोन नं. ....
३. वैवाहिक स्थिति : ..... जातजाती : ..... धर्म : ..... लिङ्ग : .....
४. नागरिकता प्रमाणपत्र नं. : ..... जारी भएको जिल्ला : ..... जारी मिति : .....
५. बाजेको नाम : ..... बाबुको नाम : ..... आमाको नाम : .....
६. रोगको किसिम (कुनै एकमा चिन्ह लगाउने)  
(क) मृगौला प्रत्यारोपण गरेका,  
(ख) डायलासिस गरिरहेका,  
(ग) क्यान्सर रोगी,  
(घ) मेरुदण्ड पक्षघात,  
७. बैंक खाता नं  
८. बैंकको नाम: ..... शाखा:  
९. सम्पर्क मोबाईल नंबर:

निवेदक

नाम थर:

ठेगाना:

दस्तखत:

