

अनुसुची १

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

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

मिति:

श्री भरतपुर महानगरपालिका
भरतपुर, चितवन ।

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा भरतपुर महानगरपालिका वडा नं., गाउँ टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. / नागरिकता प्रमाणपत्र नं. / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं. भएको श्री को साल महिना गते श्री अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको / डायलाइसिस गराइरहेको / क्यान्सर रोग निदान भएको / मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनी अस्पतालहरूको पूर्जा / कागजातहरूको विवरण जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.:

संस्थाको छाप:

अनुसूची २

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधी उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:

विषय: औषधी उपचार खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्रीमान् वडाध्यक्षज्यू

वडा नं., भरतपुर महानगरपालिका,

भरतपुर, चितवन, वागमती प्रदेश ।

उपरोक्त सम्बन्धमा भरतपुर महानगरपालिका वडा नं., गाउँ टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. / नागरिकता प्रमाणपत्र नं. / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं. भएको म..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेको / डायलाइसिस गराइरहेको / क्यान्सर रोग निदान भएको / मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपैयाँका दरले खर्च पाउँ भनी निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो । झुठ्ठा ठहरे कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला । साथै नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण नपाएको; विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन नपाएको; नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराउँदै आइरहेको ज्येष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडिएको भत्ता, अपाङ्ग भत्ता, लगायत सामाजिक सुरक्षा भत्ता नलिएको; साथै कार्यविधि अनुसार दोहोरो भत्ता नलिएको स्वयंघोषणा गर्दछु ।

निवेदक,

ल्याप्चे

हस्ताक्षर:

दायाँ

बाँया

नाम थर:

लिङ्ग:

राष्ट्रिय परिचयपत्र/नागरिकता/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.:

बैंक खाता नं.:

बैंकको नाम:

शाखा:

सम्पर्क मोबाइल नं.:

(आवश्यक कागजात: राष्ट्रिय परिचयपत्र/नागरिकता/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र प्रतिलिपि, अनुसूची १ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिश, मेरुदण्ड पक्षघातको हकमा अपाङ्गता सम्बन्धि प्राप्त गरेको रातो वा निलो कार्डको प्रतिलिपि, विपन्न नागरिक औषधी उपचार सिफारिश पत्र लिएको भए सो को प्रतिलिपि)