अनुसुचि १

विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायता कार्यविधि २०८०

गाउँकार्यपालिकाबाट स्विकृत मिति : २०८०/०२/२६

प्रस्तावना

भोटखोला गाउँपालिकाका विपन्न नागरिक विरामी हुँदा सामान्य उपचार गर्नका लागी पनि आर्थिक अवश्था कमजोर भई उपचारमा समस्या भएकोले विपन्न नागरिकलाई औषधी उपचार सहयताको लागी भोटखोला गाउँपालिकाको कार्यक्रमबाट **विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोष**बाट खर्च हुने गरि आवश्यक ब्यवस्थापन गर्न भोटखोला गाउँपालिकाले विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायता कार्यविधि २०८० जारी गरेको छ ।

१.संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ

क) यो कार्यविधिको नाम **"विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायता कार्यविधि २०८०"** रहनेछ ।

ख)यो कार्यविधि भोटखोला गाउँकार्यपालिकाले स्विकृत भएको मिति देखि लागु हुनेछ ।

२.परिभाषा : विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा:

क) विपन्न नागरिक भन्नाले भोटखोला गाउँपालिका अन्तर्गत रहेका अति गरिव आर्थिक अवश्था कमजोर भई औषधी उपचार खर्च जुटाउन नसक्ने नागरिकलाई सम्झनुपर्ने छ ।

विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायताको लागी भोटखोला गाउँपालिकाको देहायवमोजिमको एक सिफारिस सिमित हुनेछ ।

१.भोटखोला गाउँपालिकाको अध्यक्ष : संयोजक

२.भोटखोला गाउँपालिकाको प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत : सदस्य

३.भोटखोला गाउँपालिकाको स्वास्थ्य शाखा प्रमुख : सदस्य सचिव

ख) आर्थिक रुपमा विपन्न नागरिकले विरामी भई औषधी उपचार खर्च जुटाउन नसकि औषधी उपचार सहुलियत वापतको रकम भोटखोला गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखा मार्फत प्राप्त गर्न सक्नेछ ।

ग) विपन्न नागरिकले औषधी उपचार सहुलियत प्राप्त गर्न अनुसूचि १ वमोजिम स्थाई वसोबास भएको वडा कार्यालयबाट फारम भरि सिफारिस लिनु पर्नेछ ।

घ) ८ प्रकारका कडा रोगहरु भएका र पूर्णरुपमा पक्षघात भएका विपन्न नागरिकलाई आवश्यक प्रकृया पुराई आएमा प्रति व्यक्ति रु.२५,०००।– (पचिस हजार) का दरले १ पटक आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउनेछ ।

ङ) औषधी उपचारका लागी आवश्यक प्रकृया पुराई आएका नागरिकहरुलाई गाउँपालिकाले तुरुन्त सहुलियत उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

च) भोटखोला गाउँपालिकामा **विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोष** संचालन गरिनेछ र भोटखोला गाउँपालिकाबाट सो कोषमा रु.५००००००।– रुपैया जम्मा गरिनेछ ।

नोट: नेपाल सरकारले तोकेका ८ वटा कडा रोगहरु (मुटु रोग,अल्जाईमर रोग,स्पाईनल ईन्जुरी,हेड ईन्जुरी, पार्किन्सन्स, सिकल सेल एनिमिया,मृगौंला रोग र क्यान्सर रोग) भने नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयको विपन्न नागरिक उपचार निर्देशिका २०७८ अनुसार विपन्न नागरिकहरुलाई उपयुत्त अस्पतालहरुमा सिफारिस गरिनेछ ।

मृगौला प्रत्यारोपण , डायलाईसिस गराईरहेको ,क्यान्सर र मेरुदण्ड पक्षघात भएको यी ४ किसिमका विरामीको लागी दफा ३ संग सम्बन्धीत अनुसुचि १ भरी चिकित्शकले प्रमाणित गरेर आएमा र सबै प्रकृया पुरा गरेको कागजात भएमा

अजुसुचि १

मासिक रु.५०००।– तत्काल भोटखोला गाउँपालिका विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोषबाट भुत्तानी गर्ने छ र यसको लागी सबै कागजात सहित दफा ३ संग सम्बन्धीत अनुसुचि २ भरेर स्वास्थ्य शाखामा निवेदन दिनु पर्नेछ ।मन्त्रालयमा सोधभर्नाको लागी दफा ५ संग सम्बन्धीत अनुसुचि ३ भरेर पठाउने र विरामिको दफा ७ संग सम्बन्धीत अनुसुचि ४ अनुसार स्वास्थ्य शाखामा अभिलेख राख्ने ।

अनुसुचि १

विपन्न नागरिक औषधी सहायताको आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान अध्यक्ष ज्यू
भोटखोला गाउँपालिका वडा नं .....
सडखुवासभा ।

देहाय बमोजिमको विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहुलियतका लागी अनुरोध छ ।

१. व्यक्तिगत विवरण:
२. विरामीको नाम : उमेर : लिंग : महिला / पुरुष
३. ठेगाना : १.स्थायी ठेगाना : पालिका : वडा नं : गाउँ:
२.अस्थायी ठेगाना : पालिका : वडा नं : गाउँ:
४. जातीगत विवरण : ब्राम्हण / क्षेत्री / आदिबासी जनजाती / दलित / अल्पसंख्यक / अन्य
५. परिवार संख्या :
६. आय स्रोत : पेशा र व्यवसाय
कृषक : परम्परागत कृषि / आधुनिक कृषि
रोजगारी : स्वदेशी / विदेशी
७. अनुमाणीत वार्षिक आय :
८. जग्गा जमिन : क्षेत्रफल - स्थान :
९. भोतिक संरचना : घर / टहरा पक्की / कच्ची
१०. सवारी साधन : गाडी / मोटरसाईकल /अन्य
११. बैंक मौज्दात :
१२. सुन :
१३. चादी :
१४. नगद :
१५ विरामीको रोगको किसिम : मुटु रोग / मृगौला रोग / क्यान्सर / हेड ईन्जरी / स्पाईनल ईन्जुरी / पार्किन्सन्स / अल्जाईमर / सिकलसेल एनिमिया
१६.संलग्न कागजातहरु : १.बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी
२.बालक/बालिकाको हकमा जन्म दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
३.रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन
१७. उपचार सहुलियतको लागी सिफारिस माग गरेको स्वास्थ्य सस्था/अस्पताल

१८. उपर्युक्त बमोजिमको ब्यहोरा साचो हो झुठा ठहरे सहुला बुझाउला
निवेदकको नाम :
ठेगाना :
दस्तखत :
मिति :
सम्पर्क नं :
१९. सिफारिस गर्नेको
नाम :
पद :
मिति :
कार्यालयको छाप

अनुसूची-१

(दफा३ सँग सम्बन्धित)

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

मितिः.....

श्री.....गाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

.....।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा

उपरोक्तविषयमा.....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा नं.....गाउँ/टोल स्थयी 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 भनि अस्पतालहरुको पुर्जी/ कागजातहरुको 'विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखतः

पुरा नाम थरः

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छापः

अनुसूची-३

(दफा ५ सँग सम्बन्धित)

भुक्तानी भएको रकमको सोधभर्ना माग गर्ने फारामको ढांचा

मितिः.....

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,

रामशाह पथ, काठमाडौं।

विषयः सोधभर्ना सम्बन्धमा।

.....गाउँपालिका/नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिकामा देहायबमोजिमका मृगौला प्रत्यारोपण गरेका/डायलाइसिस गराइरहेका/क्यान्सर रोगी/मेरुदण्ड पक्षाघातका व्यक्तिलाई औषधि उपचार बापत खर्चमिति ..... देखि .....सम्म भुक्तानी गरिएकोरकम सोधभर्ना उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध छ।

.....

(.....)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

भुक्तानी भएको रकम विवरण

क्र.स.	लाभग्राहीको नाम/उमेर/लिङ्ग	राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं/ जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं	वडा नं.	लक्षित समूह	भुक्तानी गरिएको जम्मा महिना (....देखि ...सम्म)	जम्मा रकम (रु.)
१.						
२.						
३.						
४.						
५.						
	कुल रकम (अक्षरुपि.....)					

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मितिः .....

विषयः औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं....., ... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

जिल्ला....., प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमा .....गाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/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 औषधि उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निबेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूँला बुझाउँला।

निवेदकः

हस्ताक्षर.....

नाम थरः.....लिङ्गः.....

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

बैंकखाता नं.....

बैंकको नामः .....शाखाः.....

सम्पर्क मोबाइल नं.:.....

अनुसूची-४

(दफा ७ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउने व्यक्तिहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा

आ.व.....								रकम भुक्तानी गरेको महिना											
क्र.स.	लाभग्राही को नाम, थर	जन्म मिति	लिङ्ग	स्थायी ठेगाना	राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं	लक्षित समूह	सिफारिस गर्ने चिकित्सक को विवरण (नाम, कार्यरत संस्था र नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.)	साउन	भदौ	असोज	कार्तिक	मङ्सिर	पुष	माघ	फागुन	चैत्र	वैशाख	जेष्ठ	असार