

विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायता कार्यविधि २०८०

गाउँकार्यपालिकाबाट स्विकृत मिति : २०८०/०२/२६

प्रस्तावना

भोटखोला गाउँपालिकाका विपन्न नागरिक विरामी हुँदा सामान्य उपचार गर्नका लागि पनि आर्थिक अवस्था कमजोर भई उपचारमा समस्या भएकोले विपन्न नागरिकलाई औषधी उपचार सहायताको लागि भोटखोला गाउँपालिकाको कार्यक्रमबाट विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोषबाट खर्च हुने गरि आवश्यक व्यवस्थापन 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 अवस्था कमजोर भई औषधी उपचार खर्च जुटाउन नसक्ने नागरिकलाई सम्झनुपर्ने छ ।

विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायताको लागि 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 रूपमा विपन्न नागरिकले विरामी भई औषधी उपचार खर्च जुटाउन नसकि औषधी उपचार सहूलियत वापतको रकम भोटखोला गाउँपालिका स्वास्थ्य शाखा मार्फत प्राप्त गर्न सक्नेछ ।

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

घ) ८ प्रकारका कडा रोगहरु भएका र पूर्णरूपमा 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 लागि आवश्यक प्रकृया पुराई आएका नागरिकहरुलाई गाउँपालिकाले तुरुन्त सहूलियत उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

च) भोटखोला गाउँपालिकामा विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोष संचालन गरिनेछ र भोटखोला गाउँपालिकाबाट सो कोषमा रु. ५०००००।- रुपैया जम्मा गरिनेछ ।

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

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

Handwritten signatures and stamps at the top of the page. A blue circular stamp is visible in the center, containing the text 'अनुसुचि' (Anusuchi) and 'संख्या' (Number). To its right, there is a handwritten note 'अनुसुचि १' (Anusuchi 1) and another note 'संख्या २१२' (Number 212). Other signatures include 'Suman', 'Suman', and 'Suman'.

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

Handwritten signatures and stamps below the main text. A blue circular stamp is visible, containing the text 'अनुसुचि' (Anusuchi) and 'संख्या' (Number). To its right, there is a handwritten note 'अनुसुचि १' (Anusuchi 1) and another note 'संख्या २१२' (Number 212). Other signatures include 'Suman', 'Suman', and 'Suman'.

विपन्न नागरिक औषधी सहायताको आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान अध्यक्ष ज्यू

भोटखोला गाउँपालिका वडा नं
सडखुवासभा ।

देहाय बमोजिमको विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहूलियतका लागि 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 / आदिवासी 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. भौतिक संरचना : घर / टहरा पक्की / कच्ची

१०. सवारी साधन : गाडी / मोटरसाईकल / अन्य

११. बैंक मौज्दात :

१२. सुन :

१३. चादी :

१४. तगद :

१५. विरामीको रोगको किसिम : मुटु रोग / मृगौला रोग / क्यान्सर / हेड ईन्जरी / स्पाईनल ईन्जरी / पार्किन्सन्स / अल्जाईमर / सिकलसेल एनिमिया

१६. संलग्न कागजातहरू : १. विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी

२. बालक/बालिकाको हकमा जन्म दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी

३. रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन

१७. उपचार सहूलियतको लागि सिफारिस माग गरेको स्वास्थ्य सस्था/अस्पताल

१८. उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साचो हो, झुठा ठहरे सहुला बुझाउला

निवेदकको नाम :

ठेगाना :

दस्तखत :

मिति :

सम्पर्क नं :

१९. सिफारिस गर्नेको

नाम :

पद :

मिति :

कार्यालयको छाप

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including the name 'सुपुर्ण' and 'सामना राई'.

Signature
श्रीमान् श्रीमान्
अनुसूची-१
(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

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

मिति:.....

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.....कोसाल.....महिना.....गते श्रीअस्पतालमा 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

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

Signature
श्रीमान् श्रीमान्
अनुसूची-१
Signature
Signature
Signature

अनुसूची-३

 (दफा ५ सँग सम्बन्धित)

भुक्तानी भएको रकमको सोधभर्ना माग गर्ने फारामको ढाँचा

मिति:.....

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,

रामशाह पथ, काठमाडौं।

विषय: सोधभर्ना सम्बन्धमा।

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

.....



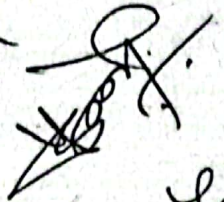

(.....)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

भुक्तानी भएको रकम विवरण

क्र.स.	लाभग्राहीको नाम/उमेर/लिंग	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 (अक्षरपि.....)						

~~सुपुटेर~~ ~~सातीना राई~~
 अनुसूची-२
 (दफा ३ सँग सम्बन्धित)
 कृष्ण

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

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

उपरोक्त सम्बन्धमागाउँपालिका /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 निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो,
 झुठ्ठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

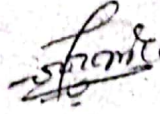


नाम थर:..... लिङ्ग:.....

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

बैंकखाता नं.....
 बैंकको नाम:..... शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....

~~सुपुटेर~~ ~~सातीना राई~~
 कृष्ण

[Signature]

[Signature]

अनुसूची-४

[Signature]

[Signature]

[Signature]

सुनील राई दफा ७ सँग सम्बन्धित।

औषधि उपचार बापत खर्च पाउने व्यक्तिहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा.

आ.व.

रकम भुक्तानी गरेको महिना

क्र.सं	लाभग्राही को नाम, थर	जन्म तिथि	लिंग	स्थायी ठेका ना	राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता	लाभ प्राप्त समूह	सिफारिस गर्ने चिकित्सक को विवरण (नाम, कार्यरत संस्था र नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.)	साउन	भदौ	असोज	कार्तिक	मङ्सिर	पुष	माघ	फागुन	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार

[Signature] सुनील राई

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]