



# कुश्मा नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

कुश्मा: पर्वत



पत्र संख्या:-२०८१/०८२

चलानी नं.:

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

मिति:२०८१।१२।०७

ने सं १४४५ चित्लागा ६

## सूचना! सूचना! ! सूचना! ! !

नेपाल सरकारको नीति बमोजिम मृगौला प्रत्यारोपण, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी, मेरुदण्ड पक्षघात भएका बिरामीहरूलाई औषधि उपचार बापत खर्च मासिक पाँच हजार रुपैया उपलब्ध गराउने निर्णय अनुसार यस नगरपालिका भित्र बसोबास गर्ने बिरामीहरूले दोस्रो त्रैमासिकमा औषधि उपचार खर्च प्राप्त गर्नको लागि "मृगौला प्रत्यारोपण, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरूलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि २०७८" अनुसार तपशिल बमोजिमका कागजात सहित सम्बन्धित वडा कार्यलयमा तोकिएको ढाँचामा निवेदन पेश गर्नको लागि यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ।

### तपशिल

१. वडाको सिफारिस २. नेपाली नागरिकताको प्रतिलिपी ३.रोग प्रमाणित हुने अस्पतालको बिरामी पुर्जा
४. चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको, डायलाइसिस गराइरहेको, क्यान्सर रोग, मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित विवरण (अनुसुची १)
५. औषधि उपचार बापत खर्च पाँउ भन्ने बिरामीको निवेदन (अनुसुची २)
६. सम्बन्धित व्यक्तिको बैंक खाता नम्बर (चेकको फोटोकपी)
७. पहिलो त्रैमासिकमा औषधि उपचार खर्च प्राप्त गरेका तर तत्पश्चात मृत्यु भएका सेवाग्राहीहरूको मृत्यु दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि

### शर्तहरू

१. नेपाल सरकारले तोकेको मासिक पाँच हजार रुपैयाँका दरले त्रैमासिक रुपमा महिनाको अन्तिम दिन स्थानीय तहले लाभग्राहीको बैंक खातामा जम्मा गर्नेछ। नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको पुर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी निवृत्तीभरण वा बिदेशी सरकारबाट रोजगारी पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्ति लाई यस निर्देशिका बमोजिम मासिक वृत्ति उपलब्ध गराइने छैन। त्यसै गरी नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराइदै आएको ज्येष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडिएको भत्ता वा यस निर्देशिका बमोजिम उपलब्ध गराइने मध्ये कुनै एक किसिमको भत्ता मासिक वृत्ति मात्र प्राप्त गर्न सक्नेछन। त्यसै गरी यसै कार्यविधिमा उल्लेखित एकभन्दा बढी रोग लागेका व्यक्तिले दोहोरो पर्ने गरी यस किसिमको भत्ता प्राप्त गर्ने छैनन्।
२. लाभग्राहीको सूची प्रत्येक आ. व. को शुरुमा सम्बन्धित वडा कार्यलयले विवरण नविकरण गर्नुपर्नेछ।
३. लाभग्राहीले अनुसुची १ हरेक ३।३ महिनामा एक पटक आँफुले उपचार गरेको अस्पतालमा कार्यरत चिकित्सकबाट प्रमाणित गराई अस्पतालको छाप समेत लगाई वडा कार्यलयमा बुझाउनुपर्नेछ। (चिकित्सकको NMC नं र नाम स्पष्ट बुझिनेगरी छाप लगाउनुपर्नेछ)

नेत्रप्रसाद पौडेल  
नगर कार्यपालिकाको अध्यक्ष