

षडानन्द नगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

दिङ्ला, भोजपुर

अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग कार्यविधि-२०७८

प्रस्तावना

(१) आधिक अनुदान भन्नाले अपाङ्गताको कारण हुन सक्छ जोडिए व्यूनीकरण गर्न वा सञ्चालन अपाङ्गता उपचार नेपालको संविधान को धारा ३५ को उपधारा (१) र (३), अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको अधिकार सम्बन्धि ऐन २०७४ को दफा २८ मा व्यवस्था भएको अधिकार, अपाङ्गता सम्बन्धि १० वर्षे राष्ट्रिय नीति तथा कार्ययोजना २०७२-२०८३, अपाङ्गता समावेशी स्वास्थ्यसेवाका लागि राष्ट्रिय निर्देशिका, २०७६, दिगो बिकास को लक्ष न. ३, अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको अन्तरास्त्रिय महासन्धिको धारा २५, अपाङ्गता रोकथाम तथा पुनस्थापना कार्यक्रम कार्यान्वयन निर्देशिका - २०७६ मा कानुनि तथा निर्तीगत रूपमा भएको व्यवस्थालाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन गरी अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको स्वास्थ्यमा सहज पहुँच पुर्याउनको लागि स्थानीय सरकार सञ्चालन सम्बन्धि ऐन २०७४ को दफा ११ (क) को (त) ले दिएको अधिकार र यसै ऐनको दफा १०२ लाई आधार बनाई षडानन्द नगरपालिकाको बार्षिक कार्यक्रम अन्तर्गत नगरपालिका भित्र स्थाई बसोबास गरेका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको स्वास्थ उपचारमा पहुँच पुर्याउनको लागि विषेश सहयोग प्रदान गरी व्यवस्थित तरिकाले सञ्चालन गर्नको लागि वान्छनीय भएकोले यो कार्यविधि तयार गरी स्वीकृत गरेको छ।

परिच्छेद १

(१) प्रकार नगरपालिकाले जल पालिकालिए अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको लागि स्वास्थ्य संक्षित नाम र प्रारम्भ:- (१) यो कार्यविधिको नाम “अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८”

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त लागु हुनेछ।

(३) परिभाषा:- विषय र प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा:

(क) “पालिका” भन्नाले षडानन्द नगरपालिकालाई जनाउँछ।

(ख) “अपाङ्गता भएका व्यक्ति भन्नाले” अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको अधिकार सम्बन्धि ऐन २०७४ को दफा २ को उपदफा (ख) बमोजिम षडानन्द नगरपालिकामा वसोबास गरेको व्यक्तिलाई बुझाउँछ।

(ग) “अपाङ्गता हुन सक्ने सम्भावित जोखिमका व्यक्तिहरु” भन्नाले तत्कालिन दुर्घटना भएर उपचारको क्रममा रहेका र तत्काल सही उपचार नपाए अपाङ्गता हुन सक्ने सम्भावना भएका व्यक्तिहरु, शरीरको कुनै अंगमा घाउ वा चोटपटक भएर नियमित उपचार गर्दा पनि सुधार नभएको वा अपाङ्गता हुन बाट रोकनको लागि नियमित उपचार गराउनु पर्ने व्यक्तिहरु, क्यान्सर वा चोटपटक आदिबाट समस्या उत्पन्न भई नियमित उपचार नपाए शरीरको कुनै अंग नै काट्नु पर्ने व्यक्तिहरु, छारेरोग भएकोले नियमित औषधि सेवान गर्नु पर्ने व्यक्तिहरु, डिप्रेसन भएको कारण नियमित औषधि सेवन गर्नु पर्ने व्यक्तिहरु, आँखा वा कानको समस्या भई नियमित उपचार गराइरहनु पर्ने व्यक्तिहरु, नियमित थेरापी नगरे अपाङ्गता हुन सक्ने सम्भावित व्यक्तिहरु समेतलाई बुझाउँछ।

(घ) "अस्पताल" भन्नाले सामुदायिक, सरकारी, निजि वा विभिन्न गैरसरकारी निकाय मार्फत सञ्चालन भएको अस्पताललाई समेत बुझाउछ ।

(ङ) "पुनर्स्थापना केन्द्र" अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको लागि सहायक सामाग्री, थेरापी, परामर्श सेवा, स्वास्थ्य हेचाहको लागि तालिम लगायतका सेवा प्रदान गर्नको लागि सञ्चालनमा रहेका पुनर्स्थापना केन्द्र वा संघ संस्था वा कोषलाई समेत जनाउछ ।

(च) "आर्थिक अनुदान" भन्नाले अपाङ्गताको कारण हुन सक्ने जोखिम न्यूनीकरण गर्न वा जन्मजात अपाङ्गता उपचार गर्न वा विकास हुन सक्ने अपाङ्गता जोखिम न्यूनीकरण गर्नको लागि उपचार, थेरापी, शल्यक्रिया, पुनर्स्थापना सेवा, स्वास्थ्य परामर्श सेवा, सहायक सामाग्री (कृतिम अड्ग समेत), नियमित औषधी सेवन नगरे अपाङ्गताको गाम्भीर्यता बढ़ी हुन सक्ने जोखिम व्यक्तिहरु र अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुलाई अन्य रोग/समस्या उत्पन्न भइ निरन्तर उपचार वा औषधि सेवन गर्नु पर्ने व्यक्तिलाई तोकिए बमोजिम उपलब्ध गराइने आर्थिक सहायतालाई बुझाउछ ।

(६) "स्वास्थ्य केन्द्र" भन्नाले स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने सबै प्रकारका स्वास्थ्य संस्थाहरु अस्पताल, प्रा.स्वा.के., हेल्थ पोस्ट, आ.स्वा.से.के., समुदाय स्तरमा रहेका अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरु पुनर्स्थापना वा थेरापी सेन्टरलाई बुझाउँछ ।

परिच्छेद-२

३. अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान सम्बन्धि व्यवस्था ।

(क) षडानन्द नगरपालिकाले यस पालिकाभित्र स्थाई रूपमा बसिबास गर्ने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको लागि स्वास्थ्य उपचारमा सहज पहुँच बिस्तारको लागि आर्थिक अनुदान उपलब्ध गराउने छ ।

(ख) दफा ३ को (क) ले व्यवस्था गरे अनुसार आर्थिक अनुदान षडानन्द नगरपालिकाले तोकिए बमोजिम सम्बन्धित अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको खातामा वा नगद नै पनि उपलब्ध गराउन सक्नेछ ।

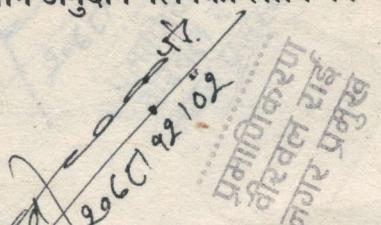
(ग) दफा ३ को (क) र (ख) ले व्यवस्था गरे अनुसार उपलब्ध गराएको आर्थिक सहयोग अपाङ्गता भएका व्यक्ति तथा जन्मजात अपाङ्गता भएका वा हुन सक्ने सम्भावित जोखिममा रहेका व्यक्तिहरुहरुले अस्पताल वा पुनर्स्थापना केन्द्र मार्फत औषधी उपचार, थेरापी, स्वास्थ्य परामर्श सेवा, सहायक सामाग्री लगायतको क्षेत्रमा अनिवार्य खर्च गर्नु पर्ने छ ।

(घ) दफा ३ को (ग) अनुसार अनुसार खर्च नगरेको पाइएमा वा दुरुपयोग गरेको पाइएमा षडानन्द नगरपालिकाले उपलब्ध गराएको अनुदान फिर्ता गरी गराई आगामी दिनहरुमा षडानन्द नगरपालिकाबाट प्राप्त हुने सहयोग बाट समेत बन्चित गर्न सक्ने छ ।

परिच्छेद-३

४. अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान निकाशा प्रक्रिया

(क) अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान लिनको लागि निम्न प्रक्रियाहरु पुरा गर्नु पर्ने छ :-



(१) बैंकमा खाता खोलेको हुनु पर्ने :- षडानन्द नगरपालिकामा लामो समयदेखि वसोवास गर्दै आएका वा स्थायी वसोवास गरेका अपाङ्गता भएका वा अपाङ्गताको जोखिममा रहेमा व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग लिनको लागि बैंकमा खाता खोलेको हुनु पर्ने छ ।

(२) बाईकारी नहुने :- दफा ४ को १ बमोजिम कुनै पनि अपाङ्गता भएका, जन्मजात अपाङ्गता भएका वा अपाङ्गताको जोखिम रहेका व्यक्तिहरुको बैंकमा तत्काल खाता नभएको अवस्था भएमा र तत्काल सहयोग गर्नु पर्ने अवस्था भएमा कर्मचारी मार्फत आवश्यक प्रक्रिया पुर्याई पेस्की नगद नै उपलब्ध गराउन समेत सकिने छ ।

(ख) अपाङ्गता भएका वा अपाङ्गताको जोखिममा रहेका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान प्राप्त गर्नको लागि निम्न प्रक्रियाहरु पुरा गर्नु पर्ने छ :-

(१) निबेदन दिनु पर्ने:- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको लागि आर्थिक अनुदान प्राप्त गर्नको लागि सम्बन्धित अपाङ्गता भएका व्यक्ति तथा अपाङ्गता हुन सक्ने जोखिममा रहेका व्यक्तिहरु वा तिनका अभिभावकले अनुदान लिनु पर्ने कारण खुलाई वडा वा पालिकामा रहेको स्वास्थ केन्द्रमा अनुसूची-१ को ढाँचामा निबेदन दिनु पर्ने छ ।

(२) स्वास्थ केन्द्रको सिफारिस:- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको लागि आर्थिक अनुदान प्राप्त गर्नको लागि सम्बन्धित अपाङ्गता भएका व्यक्ति तथा जन्मजात अपाङ्गता भएका व्यक्तिका परिवारका सदस्य वा अपाङ्गता हुन सक्ने जोखिममा रहेका व्यक्तिहरुको लिखित निवेदनको आधारमा निजको स्वास्थ्य अवस्था समेत जाँच गरी स्वास्थ्य संस्थाले सक्कल निबेदन समेत साथमा राखी सम्बन्धित वडा कार्यालयमा अनुसूची-२ को ढाँचामा सिफारिस गर्नु पर्ने छ । यसरी सिफारिस गर्दा माथिल्लो तहको अस्पताल वा अपाङ्गताको क्षेत्रमा काम गर्ने संस्थासँग सहयोगको लागि परामर्श गर्नु पर्दछ । यदि आकस्मिक सेवा उपलब्ध गराउनु पर्ने भएमा सिधै पालिकामा सिफारिस गर्न सकिनेछ ।

(३) वडा कार्यालयले सिफारिस पठाउने :- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको लागि उपचार आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्नको लागि सम्बन्धित वडा कार्यालयले उपचारमा अनुदान उपलब्ध गराउनको लागि स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिसको आधारमा अनुसूची-३ को ढाँचामा स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस, सक्कल निबेदन सहित षडानन्द नगरपालिकाको कार्यालयमा सिफारिस गर्नु पर्ने छ ।

(४) अनुदान उपलब्ध गराउने :- दफा ४ को (ख) को (१) (२) (३) (४) अनुसार प्रक्रिया पुरा भए पछी सम्बन्धित व्यक्तिको नागरिकता वा जन्मदर्ता वा अपाङ्गता परिचय पत्र वा परिचय खुल्ले कुनै कागजात समेत संलग्न गरी अनुसूची-४ को भर्पाइ भरी सम्बन्धित व्यक्तिलाई वा उसको संरक्षक/अभिभावकलाई नगरपालिकाले अनुदान उपलब्ध गराउने छ ।

(५) आकस्मिक अवस्था भएमा:- कुनै पनि अपाङ्गता भएमा व्यक्ति वा जोखिममा रहेका व्यक्तिहरुलाई आकस्मिक रूपमा उपचार गराउनको लागि स्वास्थ्य संस्थावाट सिफारिस भइ आएमा र तत्काल नै अनुदान उपलब्ध गराउनु पर्ने अवस्था भएमा अनुसूची-५ को ढाँचामा षडानन्द नगरपालिकाका प्रमुख वा उप-प्रमुख बाट प्रमाणित गराई अनुदान उपलब्ध गराउन सकिने छ ।



परिच्छेद-४

२०८०/१२१०
प्रभापालकरण
वीरवत्त प्रबन्ध
लग्न प्रभन्ध

५. आर्थिक अनुदान उपलब्ध गराउन नसकिने अधारहरु :-

- (क) दफा ३ को (ख) र (ग) अन्तर्गत नपर्ने व्यक्तिहरु
- (ख) दफा ४ को (ख) को (१) (२) (३) (४) वा (६) पुरा नगर्ने व्यक्तिहरु
- (ग) नेपाल सरकारबाट तोकिएको निशुल्क रुपमा पाइने औसधि वा उपचार बाट नै उपचार गर्न मिल्ने व्यक्तिहरु।

परिच्छेद-५

६. आर्थिक अनुदान मापदण्डः- यसहित यसको अनुसार निशुल्क रुपमा २ लाख रुपय तथा उपलब्ध गराउने छ।

(क) जिल्ला भित्रनै उपचार गर्न मिल्ने भएमा

परिच्छेद-६

- (१) यातायात बापत - २०००/- (स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गरेमा चलनचल्तीको दर रेट अनुसार प्रदान गर्ने वा नलाग्ने भएमा प्रदान गर्न बाध्य हुने छैन।)
- (२) औषधि खरिद गर्नु पर्ने भएमा परिवारको आर्थिक अवस्था हेरी- ४०००/- सम्म
- (३) जाँचको लागि परिवारको आर्थिक अवस्था हेरी- ४०००/- सम्म
- (४) एक्सरे, भिडियो एक्सरे, रक्त परिक्षण, आदि)

(५) सामान्य सल्यक्रिया गर्नु पर्ने भएमा- ५०००/- सम्म

(६) बेड बस्तु पर्ने भएमा खाना/खाजा बापत- ३०००/- सम्म

(७) नियमित थेरापी गर्नु पर्ने भएमा- ५०००/- सम्म

(ख) जिल्ला बाहिर उपचार गर्न गर्नु पर्ने भएमा

(१) यातायात बापत - ५०००/- सम्म

(२) औषधि खरिद गर्नु पर्ने भएमा- ४०००/- सम्म

(३) जाँच (एक्सरे, भिडियो एक्सरे, रक्त परिक्षण, आदि)- ५०००/- सम्म

(४) सामान्य सल्यक्रिया गर्नु पर्ने भएमा- १००००/- सम्म

(५) बेड बस्तु पर्ने भएमा खाना/खाजा बाफत- ५०००/- सम्म

(६) नियमित थेरापी वा स्वास्थ्य परामर्श लिनु पर्ने भएमा- १५०००/- सम्म

(७) कृतिम अड्ग प्रयोग गर्नु पर्ने भएमा नाप, जाँच, खरिद, लगाउन जाँदा समेत यातायात, खाने बस्ने बापत एकमुष्ट रु- २५०००/- सम्म

(८) नियमित औषधि प्रयोग गर्नु पर्ने अवस्था भएमा औषधिको मात्रा र मूल्यको अधारमा बढीमा बर्षको रु २५०००/- सम्म।

ग) यसरी अनुदान प्राप्त गर्ने व्यक्तिले उपचार पश्चात् अस्पतालबाट लिएका कागजातहरु प्रमाणको रूपमा पालिकामा पेश गर्नु पर्ने छ ।

घ) अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुलाई स्वास्थ्य विमा कार्यक्रममा आवद्ध गराइ निशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपभोगको लागि प्रोत्साहित गर्ने । स्वास्थ्य विमाले नसमेटेमा वा स्वास्थ्य विमा लागु नभएका अस्पताल वा पुनर्स्थापना केन्द्रमा सेवा लिनु पर्ने भएमा वा स्वास्थ्य विमाको रकमले धान्न नसकेमा यस कार्यविधि अनुसार अनुदान उपलब्ध गराइने छ ।

ड) अपाङ्गता रोकथाम तथा पुनर्स्थापना कार्यक्रममा उपलब्ध वजेटले धान्न नसक्ने भएमा कार्यापालिकाको वैठकबाट निर्णय गरी अन्य श्रोत पहिचान गरी बार्षिक रूपमा रु २ लाख सम्म रकम थप उपलब्ध गराउने छ ।

परिच्छेद-६

७. अनुगमन, मूल्याङ्कन र प्रतिवेदन

(क) षडानन्द नगरपालिकाले यसै कार्यविधि अनुसार कार्य भए नभएको अनुगमन मूल्याङ्कन गर्न सक्ने छ ।

(ख) त्यसरी अनुगमन मूल्याङ्कन गर्दा कार्यविधि विपरित ठहरिएमा स्वयम् व्यक्तिबाट दुरुपयोग भएको रकम पालिकाले असुलउपर गर्ने छ ।

परिच्छेद-७

८. विविध

(क) व्याख्या गर्ने अधिकार:- यो कार्यविधिको कुनै पनि बुँदामा अलमल भएमा व्याख्या गर्ने सम्पुर्ण अधिकार षडानन्द नगरपालिकालाई हुनेछ ।

(ग) प्रचलित कानुन लागुहुने:- यो कार्यविधि अनुसार कुनै पनि दफाहरू बाज्ञिएको खण्डमा प्रचलित कानुन बमोजिम नै लागु हुने छ ।

(घ) संसोधन हुन सक्ने:- यस कार्यविधिको कुनै पनि दफा वा उपदफाहरू संसोधन वा थपघट गर्नु पर्ने भएमा षडानन्द नगरपालिकाले जुन सुकै समयमा संसोधन गर्न सक्ने छ ।



अनुसूची-१

(अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ दफा (४) को (ख) १ सँग सम्बन्धित)

अनुदानको लागि - निवेदन

२०६८/१२/०२
प्रभागिकरण
वीरवल राई
नगर प्रमुख

निवेदन पेश गरिएको स्वास्थ्य संस्था :

निवेदको नाम थर :उमेरलिङ्ग.....
.....

ठेगाना :

निवेदक स्वयम् अपाङ्गता भएको व्यक्ति हो वा होइन ? (हो) (होइन)

यदी नभएमा उपचार कस्को लागि चाहिएको हो ?

निजको नाम थर :उमेरलिङ्ग.....

अपाङ्गताको प्रकार :

निजसँगको नाता :

निवेदकका बुबाको नाम :

निवेदकका बाजेको नाम :

लिन चाहेको स्वास्थ्य सेवा :

संलग्न कागजातहरु कुनै एक अनिबार्य : नागरिकता जन्मदर्ता अपाङ्गता परिचय पत्र

निवेदकको हस्ताक्षर :

मिति :

२०६८/१२/०२
प्रभागिकरण
वीरवल राई
नगर प्रमुख



अनुसूची-२

(अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ दफा (४) को (ख) २ सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस

मिति :

श्री.....

बिषय : सिफारिस सम्बन्धमा

प्रस्तुत बिषयमा षडानन्द नगरपालिका नं वडा निवासी उमेर का अपाङ्गता भएका व्यक्ति हुन् निजको स्वास्थ्य परिक्षण गर्दा यस संस्थामा उपचार हुन नसक्ने भएकोले अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ बमोजिम तल उल्लेखित सेवाहरुका लागि सिफारिस गर्दछु।
उपचारका लागि सिफारिस :-

जिल्ला भित्र, सिफारिस भएको अस्पताल	जिल्ला बाहिर, सिफारिस भएको अस्पताल
सिफारिस भएको सेवामा ✓ चिन्ह लगाउने	सिफारिस भएको सेवामा ✓ चिन्ह लगाउने
यातायात ()	यातायात ()
औषधि ()	औषधि ()
जाँच (भिडियो/ एक्सरे, रक्त परिक्षण, आदि) ()	जाँच भिडियो/ एक्सरे, रक्त परिक्षण आदि ()
सामान्य सल्यक्रिया ()	शल्यक्रिया ()
बेड बस्नु पर्ने भएमा खाना/खाजा बापत ()	बेड बस्नु पर्ने भएमा खाना/खाजा ()
नियमित थेरापी गर्नु पर्ने ()	नियमित थेरापी गर्नु पर्ने ()

अन्य: स्वास्थ्य हेरचाहको लागि तालिम लिनु पर्ने ()

कृत्रिम अड्ग प्रयोग गर्नु पर्ने ()

नियमित औषधि प्रयोग गर्नु पर्ने ()

सम्लग्न कागजातहरु

- नागरिकता/जन्मदर्ता / अपाङ्गता परिचय पत्र
- सक्कल निबेदन
- स्वास्थ्य कर्मिको प्रिस्क्रिप्शन

सिफारिस कर्ताको

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :

स्वास्थ्य संस्थाको छाप :

१०-८८९२१०२
प्रमाणिकरण
वीरवत्त राई
नगर प्रमुख



अनुसूची-३

१०६८ ९२१०२

प्रभागिकरण
वीरवल राई

नगर प्रमुख

(अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ दफा (४) को (ख) ३ सँग सम्बन्धित)
वडा कार्यालयको सिफारिस

श्री.....
.....

मिति :

बिषय : सिफारिस सम्बन्धमा

बजार भूस्थानको सिफारिस अनुसार मेरि अपाङ्गताको उपचार सेवाको लागि वडान्दे प्रस्तुत बिषयमा घडानन्द नगरपालिका नं वडा निवासी उमेर का अपाङ्गता भएका व्यक्ति हुन् । स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस अनुसार निजको थप उपचार सेवा आवश्यक देखिएको हुनाले अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ बमोजिम स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस अनुसारको अनुदान सहयोगको लागि सिफारिस गर्दछु ।

सिफारिस कर्ताको

हस्ताक्षर:

नाम:

पद: वडाध्यक्ष

घडानन्द नगरपालिका, दिल्ला

वडा नं

वडा कार्यालयको छाप :

१०६८ ९२१०२

प्रभागिकरण
वीरवल राई

नगर प्रमुख



अनुसूची-४

(अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधी-२०७८ दफा (४) को (ख)
३ सँग सम्बन्धित)
अनुदान रकम बुझिलिएको भरपाई

संग सम्बन्धित)

अनदान रकम बझिलिएको भरपाई

विषय : भरपाई

षडानन्द नगरपालिका नं वडा निवासी उमेरको म..... ले
 स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस अनुसार मेरो अपाङ्गताको थप उपचार सेवाको लागि षडानन्द
 नगरपालिकाको अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ बमोजिम तपसिल शीर्षक
 अनसार स्वीकृत अनुदान रकम रु/- मात्र बुझी लिएको छु ।

जिल्ला भित्र, सिफारिस भएको अस्पताल	जिल्ला बाहिर, सिफारिस भएको अस्पताल
सिफारिस भएको सेवामा रकम उल्लेख गर्ने	सिफारिस भएको सेवामा रकम उल्लेख गर्ने
यातायात बापत रु.	यातायात बापत रु.
औषधि बापत रु.	औषधि बापत रु.
जाँच (भिडियो/ एक्सरे, रक्त परिक्षण, आदि) बापत रु.	जाँच भिडियो/ एक्सरे, रक्त परिक्षण आदि बापत रु.
सामान्य सल्यक्रिया बापत रु.	शल्यक्रिया बापत रु.
बेड बस्नु पर्ने भएमा खाना/खाजा बापत बापत रु.	बेड बस्नु पर्ने भएमा खाना/खाजा बापत रु.
नियमित थेरापी गर्नु पर्ने बापत रु.	नियमित थेरापी गर्नु पर्ने बापत रु.

जम्मा रकम रु.

रकम बङ्गिलिने

ल्याप्चे सहि छाप

हस्ताक्षर:

नामः

दायঁ

बायाँ

ठेगाना :

रकम बुझाउने :

नाम :

पदः..... वा हस्ताक्षरः.....



अनुसूची-५

9-८-१९२१०२

प्रमाणिकरण
वीरवल राई
नगर प्रमुख

(अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ दफा (४) को (ख) ५ सँग सम्बन्धित)
षडानन्द नगरपालिकाको स्वीकृति पत्र

मिति :

बिषय : अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान स्वीकृति सम्बन्धमा।

षडानन्द नगरपालिका..... नं वडा निवासी उमेर का श्री अपाङ्गता भएका व्यक्ति हुन् । स्वास्थ्य संस्था र षडानन्द नगरपालिका वडा नं को सिफारिस अनुसार निजको थप उपचार सेवा आवश्यक देखिएको हुनाले अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको उपचार सहयोग अनुदान कार्यविधि-२०७८ बमोजिम स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिसलाई समेत आधार मानि उपचार सहयोगको लागि अनुदान स्वरूप जम्मा रकम रु भुक्तानीका लागि स्वीकृत गर्दछु ।

तयार गर्ने :

हस्ताक्षर:

नाम:

पद:

मिति :

स्वीकृत गर्ने :

हस्ताक्षर:

नाम:

पद : प्रमुख/उप-प्रमुख

मिति :

षडानन्द नगरपालिका, दिल्ला

कार्यालयको छाप :

प्रमाणिकरण
वीरवल राई
नगर प्रमुख
२-६-१९२१०२