



मधेश प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
जनकपुरधाम, धनुषा, नेपाल



ईमेल:-mosd.p2.gov@gmail.com

वेबसाईट:- madhesh.gov.np

फोन नं. ०४१-५९०४१२

प.सं. २०८०/०८१

च.नं.

मिति : २०८०/११/३०

विषय : जानकारी सम्बन्धमा।

प्रस्तुत विषयमा यस स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट हाल सम्म आर्थिक उपचार सहायता वापतको रकम उपचार सहायता समितिको निर्णयानुसार तपशिल अनुसारका विरामीहरूको बैंक खातामा रकम पठाईएको व्यहोरा अनुरोध छ। उपचार सहायता रकमको निवेदन दिंदा तपशिल अनुसारको कागजातहरू संलग्न राखी पेश गर्नुहुन साथै बाँकी विरामीहरूको हकमा नियमानुसार उपचार खर्च रकम क्रमशः पठाइने व्यहोरा समेत जानकारीको लागि अनुरोध छ ।

.....
सन्तोष कुमार ठाकुर
जनस्वास्थ्य अधिकृत

अनुसूचि-१(ख)

(दफा ३को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

कडा रोग लागी चरम गरिबी र आर्थिक अभावका कारणले त्यस्तो रोग उपचार गर्न असमर्थ नागरिकले उपचार सहायता माग गर्दा पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
मधेश प्रदेश, जनकपुरधाम ।

विषय :- उपचार सहायता पाउँ ।

मलाई कडा रोग लागी गरिबी र आर्थिक अभावका कारणले रोगको उपचार गर्न असमर्थ रहेकोले आर्थिक सहायता पाउन देहाय बमोजिमको विवरण सहित निवेदन पेश गरेको छु । यस अघि मैले यस प्रकारको सुविधा प्राप्त नगरेको व्यहोरा अनुरोध गर्दछु ।

रोगको किसिम

१.विरामीको नाम,थर :-

२.उमेर :-

३.स्थाई ठेगाना :-

४.परिवार भए सदस्यहरुको विवरण:

क.बाबुको नाम,थर :-

ख.आमाको नाम, थर :-

ग.पति/पत्नीको नाम थर :-

घ.छोराको नाम ,थर :-

ङ.छोरीको नाम,थर :-

५.सम्बन्धित स्थानीय तहको वडाले गरेको सिफारीस पत्र:-

६.आर्थिक सहायता माग गर्नुको कारण :-

७.बैंक खाता नम्बर र बैंकको नाम :-

८.पान नम्बर:-

यस अघि आर्थिक सहायता व्यवस्थापन कार्यविधि बमोजिमको उपचार सहायता नलिएको व्यहोरा स्वयं घोषणा गर्दछु ।

माथि लेखिएको व्यहोरा ठीक साँचो छ झुठा ठहरे कानून बमोजिम सँहुला बुझाउला ।

निवेदक

नाम :-

हस्ताक्षर :-

निवेदक विरामीसँगको नाता :-

सम्पर्क मोबाईल न. :-

आर्थिक सहायता व्यवस्थापन कार्यविधि २०८० बमोजिमको उपचार सहायता पाउने रोगहरुको विवरण

मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर रोग, पार्किन्सन्स रोग, अल्जाईमर रोग, स्पाईनल ईन्जुरी ,हेड ईन्जुरी, कलेजो रोग, अप्लष्टिक एनिमिया, सिकलसेल एनिमिया, थालसिमिया रोग, मस्तिष्कघात, अर्थराइटस रोग ।

निवेदन सँग सलग्न राखनुपर्ने आवश्यक कागजातहरु			
सि.नं.	विवरण	छ	छैन
१	निवेदकको नेपाली नागरिकताको प्रमाणित प्रतिलिपी ।		
२	विरामीको नेपाली नागरिकताको प्रमाणित प्रतिलिपी ।		
३	नावालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रमाणित प्रतिलिपी ।		
४	विरामीको परिवारजनले निवेदन दिएमा निवेदक रविरामी बीचको नाता प्रमाणित सक्कल कागजात ।		
५	सम्बन्धित स्थानीय तहको वडाले यस स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, मधेश प्रदेश, जनकपुरधामको नाममा गरेको सक्कल सिफारीस पत्र ।		
६रोग लागेको व्यक्ति भनी सरकारी अस्पतालको चिकित्सकले प्रमाणित गरेको सक्कल कागजात ।		
७रोग प्रमाणित हुने जाँच पडताल तथा रोग निदानको रिपोर्ट एवम् अन्य सम्बन्धित कागजातको प्रतिलिपी		
८	हाल सालै चेक जाँच गराएका विरामी पूर्जा, भर्ना भएका, लगायतका कागजातहरु ।		
९	सम्बन्धित विरामीको अघावधिक बैंक खाताको चेक ।		
१०	सम्बन्धित विरामीको स्थायी लेखा नं. (PAN) कार्डको प्रतिलिपि ।		
११	अन्य भए.....		
१२	नोट : अघावधिक बैंक खाता नभएमा सम्बन्धित विरामीको उपचार खर्च सहायता रकम जम्मा हुने छैन ।		

