



आर्थिक सहायता सम्बन्धी कार्यविधि, २०७९

प्रस्तावना: कोशी प्रदेशका विपन्न नागरिकलाई कडा रोगका लागि उपचार सहायता एवम् अन्यलाई आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउने र सहायता उपलब्ध गराउने कार्यलाई एकिकृत, वस्तुगत, पारदर्शी एवम् सरल बनाउने सन्दर्भमा कानूनी व्यवस्था गर्न वाञ्छनीय भएकोले,

प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित) गर्ने ऐन, २०७५ को दफा ३ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी कोशी प्रदेश सरकारले देहायको कार्यविधि स्वीकृत गरी लागु गरेको छ।

परिच्छेद-१ प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस कार्यविधिको नाम "आर्थिक सहायता सम्बन्धी कार्यविधि, २०७९" रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,-

- (क) "आर्थिक सहायता" भन्नाले विशेष परिस्थितिमा दिइने आर्थिक सहायतालाई सम्झनु पर्छ।
- (ख) "कडा रोग" भन्नाले मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाईमर, स्पाईन्ल ईन्जुरी, हेड ईन्जुरी, कलेजो, अप्लाष्टिक एनिमिया, थालिसिमिया, मस्तिष्कघात जस्ता रोगहरूलाई सम्झनु पर्छ।
- (ग) "नागरिक" भन्नाले कोशी प्रदेशमा स्थायी बसोबास भएको नेपाली नागरिकलाई सम्झनु पर्छ।
- (घ) "प्रदेश सरकार" भन्नाले कोशी प्रदेशको मन्त्रिपरिषद् सम्झनु पर्छ।
- (ङ) "मन्त्रालय" भन्नाले कोशी प्रदेशको आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।
- (च) "मेडिकल बोर्ड" भन्नाले प्रचलित सहीय कानून बमोजिम गठित मेडिकल बोर्डलाई सम्झनु पर्छ।
- (छ) "विपन्न नागरिक" भन्नाले दफा ५ को उपदफा (४) बमोजिम गठित समितिले सिफारिस गरेको वा प्रचलित कानून बमोजिम जारी भएको गरीब परिवार परिचयपत्र बाहक विपन्न नागरिक सम्झनु पर्छ।
- (ज) "बेवारिसे" भन्नाले कसैको संरक्षकत्वमा नरही सार्वजनिक स्थलमा अलपत्र रहेको व्यक्ति सम्झनु पर्छ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य विभाग



- (झ) "स्थानीय स्वशासन ऐन, २०३२" कोशी प्रदेशको गौरीगंगा नगरपालिका, उपमहानगरपालिका र महानगरपालिका सम्झनु पर्छ।
- (ञ) "सम्बन्धित मन्त्रालय" भन्नाले कोशी प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य मन्त्रालयलाई सम्झनु पर्छ।

परिच्छेद-२

आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउने प्रक्रिया

३. निवेदन दिनु पर्ने: (१) प्रदेश वाहिरबाट यस प्रदेशमा आई विभिन्न कारणले बेखर्ची भएका तथा प्रदेश भित्र वा बेखर्ची भएका नागरिकले आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नको लागि मन्त्रालय समक्ष अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ।
- (२) चरम आर्थिक अभाव भई परिवारको पालन पोषण गर्न र जीवन जीउनसमेत असमर्थ नागरिकले आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नको लागि सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिससहित अनुसूची-१ (क) बमोजिमको ढाँचामा मन्त्रालय समक्ष निवेदन दिनु पर्नेछ।
- (३) कडा रोग बाहेक अन्य रोग लागी चरम गरिबी र आर्थिक अभावका कारण त्यस्तो रोगको उपचार गर्न असमर्थ भए त्यस्तो नागरिकले आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नको लागि अनुसूची-१ (ख) बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकले दिएको प्रेस्क्रिप्शनसहित मन्त्रालय समक्ष निवेदन दिनु पर्नेछ।
४. आर्थिक सहायता उपलब्ध गराइने: (१) दफा ३ बमोजिमको निवेदन दिने व्यक्तिलाई वार्षिक विनियोजित बजेटको सीमाभित्र रही देहाय बमोजिमको आर्थिक सहायता उपलब्ध गराइनेछ:-
- (क) दफा ३ को उपदफा (१) बमोजिमको निवेदकलाई मन्त्रालयको मन्त्रीस्तरीय निर्णयबाट त्रिस हजार रुपैयाँसम्म आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउन सकिनेछ।
- (ख) दफा ३ को उपदफा (२) बमोजिमको निवेदन मन्त्रालयले तोकेको अधिकारीले सनाखत गराई मन्त्रालयको मन्त्री समक्ष पेश गर्नु पर्नेछ। निवेदन उचित देखिएमा त्यस्तो निवेदकलाई मन्त्रालयको मन्त्रीस्तरीय निर्णयबाट पचहत्तर हजार रुपैयाँसम्म आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउन सकिनेछ।
- (ग) दफा ३ को उपदफा (३) बमोजिमको निवेदन साथ पेश भएको चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्शन लगायतका कागजात मन्त्रालयले तोकेको अधिकारीले जाँचबुझ गरी हेरी बुझी मन्त्रालयको मन्त्री समक्ष पेश गर्नु पर्नेछ। निवेदन उचित देखिएमा त्यस्तो निवेदकलाई मन्त्रालयको

10/11/2024
10/11/2024



मन्त्रीस्तरीय निर्णयबाट पञ्चसङ्केतहरूको सहयोगमा स्वास्थ्य सहायता उपलब्ध गराउन सकिनेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम उपलब्ध गराइने सहायता रकम भन्दा बढी आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउनु पर्ने भएमा मन्त्रालयले निर्णयका लागि प्रदेश सरकार समक्ष पेश गर्नु पर्नेछ।

५. विपन्न नागरिकलाई औषधी उपचार बापत आर्थिक सहायता: (१) आर्थिक रूपले विपन्न नागरिकलाई कडा रोग लागी नेपालभित्र उपचार गराउँदा दफा ६ बमोजिमको समितिको सिफारिसमा अनुसूची-२ बमोजिमको उपचार सहूलियत रकम सम्बन्धित मन्त्रालयले उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको औषधी उपचार बापतको सहायता रकम प्राप्त गर्न नेपाल भित्रको अस्पतालमा उपचार गराएको हुनुपर्नेछ।

(३) उपदफा (१) बमोजिम उपचार सहूलियत रकम प्राप्त गर्नका लागि त्यस्तो आर्थिक सहायता लिन चाहने व्यक्ति वा एकासगोलको घरपरिवारको सदस्यले अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा सो अनुसूचीमा उल्लेखित कागजात संलग्न राखी सम्बन्धित स्थानीय तहमा निवेदन पेश गर्नु पर्नेछ।

(४) आर्थिक रूपले विपन्न नागरिकलाई कडा रोग उपचार सहूलियत रकम उपलब्ध गराउने प्रयोजनका लागि सिफारिस गर्न प्रत्येक स्थानीय तहमा देहाय बमोजिमको सिफारिस समिति रहनेछ:-

- (क) सम्बन्धित स्थानीय तहको अध्यक्ष वा प्रमुख - संयोजक
- (ख) सम्बन्धित स्थानीय तहको प्रमुख प्रशासकीय - सदस्य अधिकृत
- (ग) सम्बन्धित स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखा/महाराखा प्रमुख - सदस्य सचिव

(५) उपदफा ४ बमोजिमको समितिले अनुसूची-४ मा उल्लेखित विवरणहरू एकिन गरी कारण र प्रमाणका आधारमा उपचार सहूलियत रकम उपलब्ध गराउने वा नगराउने सम्बन्धी निर्णय गरी सो निर्णयको प्रमाणित प्रतिलिपिसहित सिफारिस गर्नु पर्नेछ।

(६) उपदफा (५) बमोजिमको सिफारिससहित आर्थिक सहायता लिन चाहने व्यक्ति वा एकासगोलको घरपरिवारको सदस्यले अनुसूची-५ बमोजिमको निवेदन सम्बन्धित मन्त्रालय समक्ष पेश गर्नु पर्नेछ।

६. समिति सम्बन्धी व्यवस्था: (१) औषधी उपचार बापत आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउने सम्बन्धमा रकम निर्धारण गर्न देहाय बमोजिमको एक समिति रहनेछ:-

- (क) मन्त्री, स्वास्थ्य मन्त्रालय
- (ख) प्रदेश सचिव, आन्तारिक मामिला तथा कानून - संयोजक

पञ्चसङ्केतहरूको सहयोगमा स्वास्थ्य सहायता उपलब्ध गराउन सकिनेछ।



मन्त्रालय

(ग) प्रदेश सचिव, स्वास्थ्य मन्त्रालय

- सदस्य सचिव

(२) उपदफा (१) बमोजिमको समितिले प्राप्त निवेदन, सिफारिस र कागजातको जाँचबुझ गरी कारण, प्रमाण र औचित्यका आधारमा अनुसूची-२ मा तोकिएको रकमसम्म उपलब्ध गराउन निर्णय गर्न सक्नेछ।

(३) उपदफा (१) बमोजिमको समितिको बैठक कम्तीमा दुई महिनामा एक पटक बस्नेछ।

(४) उपदफा (३) मा जुनसुकै कुरा भएपनि आवश्यकता भएमा समितिको बैठक जुनसुकै समय बस्न बाधा पर्ने छैन।

(५) समितिको बैठक सम्बन्धी अन्य कार्यविधि समिति आफैले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

परिच्छेद-३

विविध

७. बजेट व्यवस्थापन: यस कार्यविधि बमोजिम वार्षिक रुपमा आर्थिक सहायता र औषधी उपचार खर्च उपलब्ध गराउन लाग्ने अनुमानित खर्च रकम वार्षिक बजेटमा व्यवस्था गर्नुपर्नेछ। वार्षिक बजेटमा व्यवस्था नभएमा प्रदेश सरकारले बजेटको उपयुक्त व्यवस्था गर्नेछ।

८. अभिलेख व्यवस्थापन: यस कार्यविधि बमोजिम उपलब्ध गराइएको आर्थिक सहायता र औषधी उपचार खर्च सम्बन्धी अभिलेख प्रचलित कानूनबमोजिम व्यवस्थित गरी राख्नुपर्नेछ।

९. प्रचलित कानून बमोजिमको सुविधामा असर नपर्ने: यस कार्यविधिमा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि प्रचलित कानूनबमोजिम उपलब्ध हुने सुविधा वा सहूलियत प्राप्त गर्न यस कार्यविधिले कुनै बाधा पुऱ्याएको मानिने छैन।

१०. दोहोरो सहायता नदिइने: (१) कुनै पनि व्यक्तिलाई एउटै प्रयोजनका लागि यस कार्यविधिबमोजिमको आर्थिक सहायता उपलब्ध गराइने छैन।

(२) कुनै पनि व्यक्तिलाई एउटै कडा रोगमा दोहोरो पर्ने गरी यस कार्यविधिबमोजिमको औषधी उपचार खर्च उपलब्ध गराइने छैन।

(३) स्वास्थ्य विमाले दिने क्षतीपूर्तिसंग दोहोरो हुने गरी औषधी उपचार खर्च उपलब्ध गराइने छैन।

११. झुट्टा विवरण पेश गरी आर्थिक सहायता लिन नहुने: कसैले झुटो विवरण पेश गरी मन्त्रालय समेतलाई झुक्यानमा पारी आर्थिक सहायता वा औषधी उपचार खर्च लिन हुदैन। यसरी आर्थिक सहायता वा औषधी उपचार खर्च लिएको पाइएमा त्यस्तो रकम सरकारी बाँकी सरह असुलउपर गरिनेछ।

BR/12/1221



अनुसूची-१

(दफा ३ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

वेखर्चीले पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय,
कोशी प्रदेश, विराटनगर।

विषय: वेखर्ची भएको सम्बन्धमा।

म देहाय बमोजिमको अवस्था परी वेखर्ची भइ आफ्नो घर फर्कन नसक्ने अवस्था परी असजिलो भएकोले आर्थिक सहायता पाउँन निवेदन पेश गरेकोछु।

१. नाम, थर र उमेर:
२. स्थायी ठेगाना:
३. घर छाडेको मिति:
४. घर छाडनको कारण:
५. परिवारको सदस्यको विवरण:
क. बाबुको नाम, थर:
ख. आमाको नाम, थर:
ग. पति/पत्नीको नाम, थर:
घ. छोरा/छोरीको नाम, थर:
६. घर फर्कन लाग्ने अनुमानित खर्च रकम:
७. वेखर्चि हुनको कारण:
८. नागरिकता वा अन्य परिचय पत्र भए सोको प्रतिलिपि:

नाम:

दस्तखत:

मिति:

सम्पर्क नं.:

श्री आन्तरिक
मामिला तथा
कानून मन्त्रालय



अनुसूचि-१(क)

(दफा ३ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

चरम आर्थिक अभाव भएको व्यक्तिले आर्थिक सहायता माग गर्दा पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय,
कोशी प्रदेश, विराटनगर।

विषय: आर्थिक सहायता पाउँ भन्ने बारे।

मेरो घरको आर्थिक अवस्था कमजोर भएकोले मलाई जीवन यापन गर्न र परिवारको भरण पोषणमा समस्या आई ठूलो कठिनाई व्यहोर्नु परेकोले एक पटकका लागि रु..... आर्थिक सहायता पाउन देहाय बमोजिमको विवरण सहित निवेदन पेश गरेको छु। यस अघि मैले यस प्रकारको सुविधा प्राप्त नगरेको बेहोरा अनुरोध गर्दछु।

विवरण

१. नाम :
२. स्थायी ठेगाना :
३. अस्थायी ठेगाना :
४. परिवार संख्या :
५. पति/पत्नीको नाम :
६. छोरा/छोरीको संख्या :
७. माता/पिताको विवरण :
८. घडेरी भए नभएको/भएको भए कति/कुन स्थानमा छ खुलाउने :
९. घर भए/नभएको :
१०. जग्गा भए/नभएको :
११. जग्गा भए कति भएको र कुन ठेगानामा छ खुलाउने :
१२. विपन्न भई आय आर्जन नसक्नुको कारण :
१३. तत्काल अष्टयारो के हो?
१४. दीर्घकालिन समाधान के हो?
१५. आर्थिक सहायता उपलब्ध भएकै प्रयोजनमा खर्च गर्नु हुन्छ?
१६. आर्थिक सहायता उपलब्ध नभए के गर्नु हुन्छ?

पेश गर्नु पर्ने कागजात

- (क) नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि
- (ख) स्थानीय तहको सिफारिस

माथि लेखिएको व्यहोरा ठीक सौचो छ झुठा ठहरे कानून बमोजिम सहुँला बुझाउला।

हस्ताक्षर:.....
निवेदक:.....
सम्पर्क नं.:





अनुसूची-१ (ख)

(दफा ३ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

आर्थिक सहायता माग गर्दा दिनुपर्ने निवेदनको ढाँचा

श्री आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय,
कोशी प्रदेश, विराटनगर।

विषय:- आर्थिक सहायता पाउँ।

महोदय,

मेरो आर्थिक अवस्था कमजोर भएको हुँदा मलाई रु..... रकम आर्थिक सहायता उपलब्ध गराई पाउन तपसील बमोजिमको मेरो व्यक्तिगत विवरणसहित यो निवेदन पेश गरेको छु।

व्यक्तिगत विवरण

- बुबाको नाम:
- आमाको नाम:
- पति/पत्नीको नाम:
- विरामी/अशक्त/दीर्घरोगी भए उपचार गराई रहेको अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थाको नाम:
- स्थायी ठेगाना: जिल्ला: गा.पा./न.पा.: वडा नं. टोल:
- हालको ठेगाना: जिल्ला: गा.पा./न.पा.: वडा नं. टोल:
- नागरिकता न: जारी जिल्ला: जारी मिति:
- उमेर:
- उपचार गराई रहेको वा गराउने अस्पतालको विवरण:

अस्पतालको नाम	उपचार मिति	खर्च भएको भए सो रकम

- यस अघि प्रदेश सरकारबाट सहायता लिए/नलिएको खुलाउने:-
(लिएको भए मिति, प्रदान गर्ने निकाय र रकम खुलाउने)
- सम्पत्ति/आर्थिक अवस्थाको विवरण:

(यस महलमा एकासगोलका परिवारको आय विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ)

आय विवरण	अनुमानित वार्षिक आय/मुल्य	कैफियत
		(आयको प्रकार खुलाउने)



(क) घर जग्गाको विवरण/आय	
(ख) पारिश्रमिक आय	
(ग) व्यवसायिक आय	
(घ) अन्य आय	
जम्मा आय	

११. सवारी साधन र अन्य भौतिक सम्पत्तिको विवरण:

(क) कार, जिप: (ख) मोटरसाईकल (ग) बस, ट्रक

(घ) अन्य (केही भए खुलाउने)

१२. उपचार सहायता माग गर्नु पर्नाको कारण:

.....
.....
१३. आफू र आफ्नो परिवारले देश र जनता प्रति पुन्याएको योगदान बारे उल्लेख गर्ने:
.....

उपरोक्त व्यहोरा ठीक सँचो छ। उपचार सहायता पाउने प्रयोजनका लागि मैले कुनै कुरा लुकाएको छैन। कुनै कारणबाट उपरोक्त व्यहोरा प्रमाणित नभएमा प्रदेश सरकारबाट लिएको उपचार खर्च सयकडा दश प्रतिशतका दरले व्याज र जरिमानासहित सरकारी बाँकी सरह असुल उपर गरेमा मेरो मञ्जुरी छ ।

निवेदनसाथ संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू:

१. नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि।
२. रोग खुलेको चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन।
३. स्थानीय तहको सिफारिस तथा अन्य सिफारिस।
४. उपचार गराउँदा भएको खर्च सम्बन्धी बिल भर्पाई ।
५. अन्य थप विवरण।

निवेदकको नाम, थर: दस्तखत: सम्पर्क नं. भिति:

.....



अनुसूची-२

(दफा ५ को उपदफा (१) र दफा ६ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

कडारोगहरुको उपचार सहूलियत विवरण

क्र.सं.	रोग	सहूलियत विवरण	सहूलियत रकम	कैफियत
१	मृगौलारोग	मृगौला प्रत्यारोपण अल्पकालीन रूपमा मृगौलाले काम नगरेको विरामीलाई डायलाइसिस बापत Acute Glomerulo Nephritis, Nephrotic Syndrome का साथै दुवै मृगौला फेल भइ डायलाइसिस तथा प्रत्यारोपण गर्न नमिल्ने वा नपर्ने विरामीलाई औषधी उपचार तथा प्रयोगशाला बापत मृगौला प्रत्यारोपण पश्चात औषधी सेवनबापत अङ्गदाता र ग्रहणकर्ताको प्रयोगशाला (HLA TEST) शुल्क	रु. २ लाखसम्म रु. १ लाखसम्म रु. १ लाखसम्म	
		हेमोडायलाइसिस बढीमा हसाको दुई सेसन र सो भन्दा बढी गर्नुपर्ने अवस्थामा चिकित्सकको कारण सहितको प्रेस्क्रिप्सन अनिवार्य हुनु पर्नेछ। सेरोपोजेतिभ (सङ्क्रमित) भएका विरामीहरुलाई डायलाइसिस उपचार सेवा बापत प्रति सेसन सोधभर्ना	रु. १ लाखसम्म बढीमा रु. ५० हजार सम्म	
		पेरिटोनियल डायलाइसिस प्रति विरामी महिनाको अधिकतम ९० प्याकेटसम्म	प्रति सेसन रु. २५०० रु. ४००० सम्म	
२	मुटुरोग	१. विभिन्न प्रकारका मुटुरोग जस्तै: महाघमनिको शल्यक्रिया गर्नुपर्ने विरामी २. मुटुमा पेश मेकर तथा स्टेन्ट राख्नु परेमा, एब्लेशन गर्नुपरेमा, मुटुको भल्व पूर्णरूपमा क्षति भएको या मुटु फेल भएको उपचारकालागि	रु. १ लाखसम्म	तोकिएवमोजिम
३	क्यान्सर	विभिन्न प्रकारका क्यान्सर रोग, ती सम्बन्धी शल्यक्रिया, थप निदातात्मक सेवा, केमोथेरापि, रेडियोथेरापि, औषधी, औषधिजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरु	रु. १ लाखसम्म	
४	पार्किन्सन्स	पार्किन्सन्स रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक	रु. १ लाखसम्म	



		सेवा, औषधी, औषधिजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहर	विराटनगर	रु. १ लाखसम्म	
५	अल्जाइमर	अल्जाइमर रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधिजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहर		रु. १ लाखसम्म	
६	स्पाइनल इन्जुरी	दूर्घटनाजन्य र चोटपटकजन्य विरामीहरुलाई शल्यक्रिया, औषधी तथा औषधीजन्य सामग्रीहरु, थप निदानात्मक सेवा, शैया सेवा शुल्क		रु. १ लाखसम्म	
७	हेड इन्जुरी	दूर्घटनाजन्य र चोटपटकजन्य विरामीहरुलाई शल्यक्रिया, औषधी तथा औषधीजन्य सामग्रीहरु, थप निदानात्मक सेवा, शैया सेवा शल्य तथा पुनर्स्थापना सेवाका लागिसेमेत		रु. १ लाखसम्म	
८	कलेजो	कलेजो रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधिजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहर		रु. १ लाखसम्म	
९	अप्लाटिक एनिमिया	अप्लाटिक एनिमिया रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधिजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहर		रु. १ लाखसम्म	
१०	थालिसिमिया	थालिसिमिया रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधिजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहर		रु. १ लाखसम्म	
११	मस्तिष्कघात	मस्तिष्कघात रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधिजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहर		रु. १ लाखसम्म	

५



अनुसूची-३

(दफा ५ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिक औषधोपचार सहायता आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान् प्रमुख / अध्यक्षज्यू,

.....।

देहाय बमोजिम विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायता सिफारिसका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१	वैयक्तिक विवरण: विरामीको नाम: स्वाथी ठेगाना: जिल्ला: पालिका: जातीगत विवरण: ब्राह्मण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती/दलित/अल्पसङ्ख्यक/अन्य परिवार सङ्ख्या:	उमेर: लिङ्ग: वडा नं:
२	आय स्रोत: पेशा र व्यवसाय: - परस्परगत कृषि: - रोजगारी (स्वदेशी/विदेश) - उधम/व्यवसाय:	अनुमानित आय:
३	- जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत), - भौतिक संरचना: (घर/टहरा आदिको संख्या: - सवारी साधन: - बैक मौज्जात: - सुन चाँदी: - नगद:	(कच्ची/पक्की):
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाईनल इन्जुरी, कलेजो र थालिसिमिया।	
५	सम्लन कागजातहरु: (क) विरामीको नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि (नावालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि) (ख) चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन (ग) मेडिकल बोर्डको सिफारिस (घ) अस्पतालमा उपचार गराउँदा भएको खर्च सम्बन्धी बिल भर्पाई (बिल भर्पाईमा विरामी वा निजको कुरवा वा उपचार गर्ने चिकित्सक वा उपचारमा संलग्न नर्सलाई दस्तखत गराइएको हुनुपर्नेछ)।	
६	सहायता माग गरिएको रकम	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो झुठा ठहरे सहुँला बुझाउला। निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.	

.....।



अनुसूची-४

(दफा ५ को उपदफा (५) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तह सिफारिस समितिले एकिकन गर्नु पर्ने विवरण

१. विरामीको नाम, थर:
२. ठेगाना:
३. ना.प्र.प.नं./राष्ट्रिय परिचयपत्र नं.:
४. विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि वा नागरिकता नभएको खण्डमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
५. उपचार गर्दा भएको विल बमोजिमको खर्च रकम ।
६. रोग पहिचान भएको चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सनको संक्षिप्त व्यहोरा ।
७. विपन्न नागरिक अस्पतालमा रहेको वा डिस्चार्ज भएको विवरण ।
८. विरामी विपन्न नागरिक भएको व्यहोरा खुल्नुपर्ने ।
९. अशक्त, दिग्भ्रम र वेवारिसे सम्बन्धी संक्षिप्त व्यहोरा ।
१०. स्वास्थ्य बीमा नगराएको ।

१५/०५/२०७३



अनुसूची-५

(दफा ५ को उपदफा (६) सँग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिक औषधोपचार सहायता आवेदन फाराम

श्री स्वास्थ्य मन्त्रालय,
कोशी प्रदेश, विराटनगर।

देहाय चर्मोजिम विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायताका लागि अनुरोध गर्दछु।

१	वैयक्तिक: विरामीको नाम: स्थायी ठेगाना: जिल्ला: जतीगत विवरण: ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्या:	उमेर: पालिका: लिंग: बडा न:
२	आय स्रोत: पेशा र व्यवसाय: - परम्परागत कृषि: - रोजगारी (स्वदेशी/विदेश) - उधम/व्यवसाय:	अनुमानित आय:
३	- जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत).. - भौतिक संरचना: (घर/टहरा आदिको संख्या: - सवारी साधन: - बैंक मौज्जात: - सुन चाँदी: - नगद:	(कच्ची/पक्की:)
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाईनल इन्जुरी, कलेजो, थालिसिमिया।	
५	सम्बन्धन कागजातहरु: (क) विरामीको नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि (नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि) (ख) चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन तथा अस्पतालमा भएको खर्चको बिल भर्पाई (ग) मेडिकल बोर्डको सिफारिस (घ) सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिस समितिको सिफारिस।	
६	सहायता माग गरिएको रकम	
७	उपर्युक्त चर्मोजिमको व्यहोरा साँचो हो झुठा ठहरे सहुला बुझाउला। निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.	

प्राप्त भएको
०७/०७/२०७३