

अनुसूचि २

निशुल्क उपचार सेवा पाउनको लागि दिने निवेदनको ढाँचा
(दफा सँग सम्बन्धित)

मिति :

श्रीमान् वडा अध्यक्षज्यू,
..... वडा कार्यालय,
.....पालिका ।

विषय : निशुल्क उपचार सेवाको लागि सिफारिस पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका
वडा नं गाउँ /टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं /नागरिकता
प्रमाणपत्र नं /जन्मदर्ता नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं भएको श्री
..... लाई.....रोग भएकाले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित निशुल्क
उपचार सेवाको लागि सिफारिस पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो,
भुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूल्ला बुझाउँला ।

संलग्न कागजातहरु

- १) राष्ट्रिय परिचयपत्र/नागरिकता प्रमाणपत्र/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र प्रतिलिपि
- २) रोग पहिचान भए सोको कागजपत्र

निवेदक /अविभावक

हस्ताक्षर.....
नाम, थर
ठेगाना.....

अनुसूचि ३

वडाको सिफारिस पत्रको ढाँचा
(दफा सँग सम्बन्धित)

श्रीमान् प्रमुखज्यू,
सम्बन्धित अस्पताल, काठमाडौं महानगरपालिका ।

विषय : निशुल्क उपचार सेवाको लागि सिफारिस गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका
वडा नं गाउँ /टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं /नागरिकता
प्रमाणपत्र नं /जन्मदर्ता नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं भएको श्री
..... लाई.....रोग लागेको भनी आवश्यक कागजात सहित निशुल्क
उपचार सेवाको लागि सिफारिस पाउँ भनि निवेदन पेश गरेकोले स्थलगत सर्जमिन समेत गरी विपन्न
/असहाय देखिएकोले निशुल्क उपचार सेवाको व्यवस्था मिलाइदिन सिफारिस गरिन्छ ।

संलग्न कागजातहरु

- १) राष्ट्रिय परिचयपत्र /नागरिकता प्रमाणपत्र /जन्मदर्ता प्रमाणपत्र प्रतिलिपि
- २) रोग पहिचान भए सोको कागजपत्र

निवेदक

हस्ताक्षर.....
नाम, थर
ठेगाना.....

अनुसूचि ४

वडाबाट हुने सर्जमिन मुचुल्काको नमुना

(दफा सँग सम्बन्धित)

काठमाडौं महानगरपालिका

स्वास्थ्य विभाग

लिखितम् प्रदेश..... जिल्ला..... पालिका वडाटोल बस्ने
.....को छोरा/छोरी को नाति/नातिनी ले यस वडामा दिएको निवेदन
अनुसार सम्बन्धित वडा टोलमा नै पुगि साँध संधियार राखि बुभदा निज विपन्न / असहाय भएकाले
निशुल्क उपचार प्राप्त गर्दा फरक पर्ने छैन भनि हामी तपशिलमा उल्लेख भएका सबैले यो सर्जमिन
मुचुल्कामा सहिछाप गरी बुझाई दियौं ।

तपशिल

.....पालिका..... वडा बस्ने....वर्षको

.....पालिका वडा बस्ने....वर्षको

.....पालिका..... वडा बस्नेवर्षको

.....पालिका वडा बस्नेवर्षको

.....पालिका..... वडा बस्नेवर्षको

रोहबर

.....पालिका वडा बस्ने.....

काम तामेल

.....पालिका वडा बस्ने.....

इति सम्बत् २०८० साल..... महिना.....गतेरोज सुभम्

अनुसूचि ६

निशुल्क उपचार सेवा पाउनको लागि दिने निवेदनको ढाँचा
(दफा सँग सम्बन्धित)

मिति :

श्री अस्पताल,
..... ।

विषय : निशुल्क उपचार सेवाको व्यवस्थामा मिलाउने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा देहायको विवरण भएको विरामी काठमाडौँ महानगरपालिका निशुल्क उपचार सेवा सम्बन्धी कार्यविधि २०८० को दफा बमोजिम प्रेषित गरीएको छ । निजलाई तहाँबाट उपलब्ध हुने सम्पूर्ण उपचार सेवा निशुल्क उपलब्ध गराउन व्यवस्था मिलाइदिनु हुन अनुरोध छ ।

विरामीको विवरण

- १) विरामीको नाम, थर
- २) राष्ट्रिय परिचयपत्र नं / नागरिकता प्रमाणपत्र / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं
- ३) विरामीको बाबु / आमा / पती / पत्नी
- ४) विरामीको संरक्षकको नाम, थर
- ५) जिल्ला ६) पालिका..... ७) वडा नं ८) टोल
- ९) फोन नं

निवेदक

हस्ताक्षर.....
नाम, थर

ठेगाना.....

अनुसूचि ६

बिरामीलाई निशुल्क उपचार सेवा दिँदा भर्नुपर्ने फाराम
(दफा सँग सम्बन्धित)

दर्ता नं. :

मिति :

नाम थर :

ठेगाना :

लक्षित वर्गको किसिम :

रोगको किसिम :

क्र.स.	सेवा प्रदान मिति	सेवा विवरण	मूल्य रु.	जम्मा रकम	सेवा प्रदान गर्नेको सहि
जम्मा					

.....
बिरामी/अविभावकको दस्तखत

नाम :

मिति :

स्वीकृत गर्ने:

नाम :

पद :

दस्तखत :

मिति: