

## 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, भुद्धा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूँला 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 सर्जिन 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 सर्जिमिन मुचुल्काको नमुना

(दफा सँग सम्बन्धित)

काठमाडौं महानगरपालिका

स्वास्थ्य विभाग

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

### तपशिल

.....पालिका..... वडा बस्ने....वर्षको .....

.....पालिका .... वडा बस्ने....वर्षको .....

.....पालिका..... वडा बस्ने ....वर्षको .....

.....पालिका .... वडा बस्ने ....वर्षको .....

.....पालिका..... वडा बस्ने ....वर्षको .....

### रोहबर

.....पालिका .... वडा बस्ने.....

### काम तामेल

.....पालिका .... वडा बस्ने.....

इति सम्बत् २०८० साल..... महिना..... गते ..... रोज सुभम्

**अनुसूचि ५**  
**निशुल्क उपचार सेवा माग गर्ने बिरामी वा निजको आफन्तबाट प्राप्त गर्नुपर्ने विवरण**  
**(दफा सँग सम्बन्धित)**

**काठमाडौं महानगरपालिका**

**१. बिरामीको व्यक्तिगत विवरण**

- |                            |                          |               |                   |
|----------------------------|--------------------------|---------------|-------------------|
| क) नाम थर                  | ख) उमेर                  | ग) लिङ्ग      | घ) बाबु आमाको नाम |
| ड) बिरामीको ठेगाना :       |                          |               |                   |
| अ) जिल्ला :                | आ) गाउँपालिका नगरपालिका: | इ) वार्ड नं : |                   |
| च) सम्पर्क टेलिफोन (भएमा): | छ) HMIS जातिगत समूह :    |               |                   |

**२. बिरामीका बारेमा थप विवरण**

- क) यस आ.व. भित्र निशुल्क उपचार सेवा प्रयोग गरिसकेको ..... छ / छैन?  
 ख) बिरामी कुन लक्षित वर्ग भित्र पर्दछ, उपयुक्त कोठामा चिन्ह लगाउनुहोस्।

विपन्न  असहाय  वेवारिसे  विपन्न/आकस्मिक बिरामी

घ) लक्षित वर्ग प्रमाणित गर्ने आधिकारिक परिचयपत्र वा सिफारिस पत्र .....छ / छैन ?

**३. बिरामीको आर्थिक अवस्था (उपयुक्त कोठामा चिन्ह लगाउनुहोस्)**

- क) बिरामी र उसको परिवारको आम्दानीको स्रोत :

- i) कृषि तथा गैरकृषि अदक्ष ज्याला मजदुरी
- ii) भारतमा कृषि तथा गैरकसषि सीपमुलक ज्याला मजदुरी
- iii) कृषि
- iv) नेपाल वा विदेशमा सरकारी तथा निजी संस्थामा नियमित नोकरी
- v) वन्द व्यापार वा व्यवसाय
- vi) मलेशिया वा अरव देशहरूमा बैदेशिक रोजगारी
- vii) अन्य ( तोक्नुपर्ने )

- ख) बिरामीको आम्दानीका स्रोत, बिरामी त उनको लुगा, जुत्ता तथा गहना र शारीरिक अवस्था हेदा उनले दिएको उत्तर मेल नखाएमा आवश्यकताअनुसार थप प्रश्न गरी समग्रमा तपाईंलाई परेको छापका आभारमा बिरामी अति गरीबमा पर्दछ,  गरीबमा पर्दछ  गरीब भित्र पदैनन्

मैले आफ्नो र सिंगोको परिवारको आम्दानिबाट उपचार गराउन असमर्थ भएकोले यस अस्पतालबाट उपलब्ध हुने निःशुल्क उपचार वा आशिक छुटको व्यवस्था गरी पाउँ । उपरोक्त व्यहोरा ठीक साँचो छ, , भुद्धा ठहरेमा कानून बमोजिम सहुँता बुझाउँला ।

.....  
**बिरामिको वा अभिभावकको दस्तखत**

**तयार गर्ने**

नाम :

पद

दस्तखत

मिति

**सिफारिस गर्ने**

नाम :

पद

दस्तखत

मिति

**स्विकृत गर्ने**

नाम :

पद

दस्तखत

मिति:

## 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 बिरामी काठमाडौं महानगरपालिका निशुल्क उपचार सेवा सम्बन्धी कार्यविधि २०८० को दफा बमोजिम प्रेसित 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					

.....  
विरामी/अविभावकको दस्तखत

नाम :

मिति :

स्वीकृत गर्ने:

नाम :

पद :

दस्तखत :

मिति: