



अनुसूची १

(ऐनको दफा ३ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित सहायता प्राप्तिको लागि बडामा दिइने आवेदनको ढाँचा)

मिति: २० । ।

श्री वडा अध्यक्ष ज्यू,

.....नं. वडा कार्यालय, तीनपाटन गाउँपालिका, सिन्धुली।

विषय: स्वास्थ्य उपचार सहायता पाउन सिफारिस उपलब्ध गराई पाउँ।

महोदय,

प्रस्तुत विषयमा म विगत मिति २० । । देखि रोगले ग्रसित छु। उक्त रोगको उपचार गर्न मलाई आर्थिक अभाव भएको हुँदा तीनपाटन गाउँपालिकाको नागरिक उपचार सहायता कोषबाट सहायता पाउने लक्षित समुह (नसर्ने तथा कडा रोगका विरामी वा अन्य रोगका विरामी) भित्र म पनि पर्छु। तीनपाटन गाउँपालिकाको नागरिक उपचार सहायता कोष परिचालन ऐन, २०८० को दफा ८ को उपदफा (१) को खण्ड (क) वा खण्ड (ख) मा व्यवस्था भए बमोजिमको रकम उपचार सहायता वापत पाउनका लागि सिफारिस उपलब्ध गराई दिनुहुन तपसिलका कागजातहरु संलग्न राखी यो निवेदन पेश गरेको छु।

निवेदकको नाम, थर:

ठेगाना:

दस्तखत:

सम्पर्क नम्बर:

बाबु/बाजेको नाम, थर:

पति/पत्नीको नाम, थर:

मिति: २० । ।

संलग्न गर्नुपर्ने कागजात:

१. चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थाबाट जारी रोगको विवरण खुल्ने सम्पूर्ण कागजात,

२. नेपाली नागरिकता वा जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी,

३. पासपोर्ट साइजको फोटो २ प्रति।

४. बैंक खाता खोलेको भए बैंक खाता नम्बर।

(विरामी स्वयम् उपस्थित हुन नसकेमा विरामीको एकासगोलका परिवारभित्रका कुनै व्यक्तिले आफ्नो विवरण उल्लेख गरी विरामीको तर्फबाट आवेदन गर्न सकिनेछ)



अनुसूची २

(ऐनको दफा ३ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित उपचार सहायताको सिफारिस गरिएका विरामीको बडामा
रहने अभिलेखको ढाँचा)
तीनपाटन गाउँपालिका
.... वडा कार्यालय,

सि. नं.	उपचार सहायताको सिफारिस गरिएको व्यक्तिको नाम, थर	बाबु/बाजे तथा पति/पत्नीको नाम, थर	चिकित्सक/स्वा स्थ्य संस्थाको नाम र चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थाबाट खुलाइएको रोगको विवरण	ऐनको दफा ८ को उपदफा (१) को खण्ड (क) वा (ख) कुन वर्गभित्र पर्छ सो उल्लेख गर्ने	यस अघि सहायता लिए/नलिए को	विरामीको फोटो वा सम्पर्क नम्बर	वडा अध्यक्षको हस्ताक्षर



अनुसूची ३

(ऐनको दफा ३ को उपदफा (३) बमोजिम बढाले कार्यालयमा गर्ने सिफारिस गर्ने पत्रको ढाँचा)

मिति: २० । ।

श्री तीनपाटन गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय,
लाम्पनटार, सिन्धुली।

विषय: स्वास्थ्य उपचारको लागि उपचार सहायता उपलब्ध गराई दिने।

यस बडा निवासी श्री ले आफूलाई
..... रोग लागेकाले तीनपाटन गाउँपालिकाको नागरिक उपचार सहायता कोष परिचालन ऐन,
२०८० को दफा ८ को उपदफा (१) को खण्ड (क) वा खण्ड (ख) ले व्यवस्था गरेको उपचार
सहायता रकम उपलब्ध गराई पाउँ भनी यस बडामा आवेदन गर्नु भएकोमा निज उक्त ऐनले व्यवस्था
गरेको सहायता पाउने बर्गभित्र पर्ने देखिएकाले उपचार सहायता उपलब्ध गराई दिनुहुन सिफारिससाथ
अनुरोध गर्दछु।

()
बडा अध्यक्ष

संलग्न कागजातहरू:

१. चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थाबाट जारी रोगको विवरण खुल्ने सम्पूर्ण कागजात,
२. नेपाली नागरिकता वा जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी,
३. पासपोर्ट साइजको फोटो १ प्रति।
४. बिरामीको बैंक खाता खोलेको भए बैंक खाता नम्बर।