

अनुसूची-३

दफा ४ र दफा ८ को खण्ड (छ) संग सम्बन्धित
वडा कार्यालयले प्रदान गर्ने सिफारिस ढाँचा

मिति

श्री टीकापुर नगरपालिका,
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
टीकापुर, कैलाली।

विषय : सिफारिस गरिएको सम्बन्धमा।

उपरोक्त सम्बन्धमा देहाय बमोजिमको विवरण भएको व्यक्तिलाई सिकेलसेल / थालेसेमिया रोगको निदान भएकोले तहाँ कार्यालयमा बीमा सुविधा प्रदान गर्नका लागि टीकापुर नगरपालिकाद्वारा लागू गरेको सिकेलसेल तथा थालेसेमियाका बिरामीको परिवारलाई निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने कार्यविधि, २०८२ बमोजिम सिफारिस गरिएको छ।

विवरण:

परिवारको मुख्य व्यक्ति/निवेदक नाम थर:..... उमेर: लिङ्ग:.....

परिवारका सदस्य सङ्ख्या:

परिवारका सदस्यहरुको नामावली विवरण :

क्र.सं	नाम थर	उमेर	ठेगाना	लिंग	नागरिकता/जन्मदर्ता	नाता	कैफियत

संलग्न कागजातहरु:

-परिवारका मुख्य सदस्य/व्यक्तिको नागरिकता/ रा.प.प. र नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि,

-रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन

सिफारिस गर्ने वडा अध्यक्षको नाम:

दस्तखत

कार्यालयको छाप

मिति:

ट्रस्टव्य: वडा कार्यालयले सिफारिस गर्दा देहाय विवरण अनिवार्य खुलेको हुनुपर्नेछ:-

१. परिवारका सदस्यको नाम, थर, ठेगाना, ना.प्र.प.नं. वा रा.प.प. र नाबालकको हकमा जन्म दर्ता प्रमाण पत्र र सम्पर्क नं.

२. परिवारको मुख्य व्यक्तिको नागरिकता वा रा.प.प. को प्रतिलिपि

३. रोगको निदान भएको चिकित्सकको अनुसूची २ बमोजिमको पत्र

अनुसूची-१

(दफा ७ र दफा ८ को उपदफा (१) को खण्ड (ड) संग सम्बन्धित)

सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको निःशुल्क स्वास्थ्य बीमाका लागि आवेदन फारम

मिति:-.....

श्रीमान् प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यू,
टीकापुर नगरपालिका,
नगरकार्यपालिकाको कार्यालय, टीकापुर, कैलाली ।

विषय : निःशुल्क स्वास्थ्य बीमाका लागि आवेदन पेश गरेको बारे

उपरोक्त सम्बन्धमा म टीकापुर नगरपालिका अन्तर्गत वडा नं.मा स्थायी बसोबास गर्दै आईरहेको र मलाई मिति २० /...../... कोअस्पतालको मेडिकल रिपोर्ट बमोजिम मलाई सिकलसेल एनेमिया /थालेसेमिया रोग भएको प्रमाणित भएकोले टीकापुर नगरपालिका मार्फत प्रदान हुने सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने कार्यविधि, २०८२ अनुसार स्वास्थ्य बीमा गरी दिनुहुन तपसिलका कागजात संलग्न राखी यो निवेदन पेश गरेको छु ।

निवेदक

नाम थर :-

उमेर :-

ठेगाना :-

दस्तखत :-

सम्पर्क मोबाइल नम्बर :

परिवारका सदस्यका नामावलीहरु :

क्र.सं	नाम थर	उमेर	लिंग	नाता	नागरिकता/जन्मदर्ता	कैफियत
१						
२						
३						
४						
५						

संलग्न कागजात

१. सिकलसेल एनेमिया / थालेसेमिया रोग भएको प्रमाण खुल्ने कागजातको प्रतिलिपि ।
२. नेपाली नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि ।
३. अनुसूची -३ बमोजिम वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र ।
४. अनुसूची -२ बमोजिम चिकित्सकले सिकलसेल / थालेसेमिया रोग भएको प्रमाणित कागजात ।

अनुसूची-२

(दफा ६ र ७ संग सम्बन्धित)

चिकित्सकले सिकलसेल एनिमिया / थालासेमिया रोग भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति

श्री टीकापुर नगरपालिका,
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
टीकापुर, कैलाली।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा।

प्रस्तुत विषयमा टीकापुर नगरपालिका वडा नं.....नगर/टोल.....स्थाई ठेगाना भएको उमेर वर्षको
रा.प.प.न./ नागरिकता नम्बर / जन्मदर्ता नंसम्पर्क नंभएको श्री
.....को मिति २० / / गते श्री अस्पतालमा
सिकलसेल एनिमिया/थालेसेमिया रोग निदान भएको भनि अस्पतालको पुर्जी / कागजातहरूको विवरण जाँचबुझ गरी
प्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत :

पुरा नाम थर :

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नम्बर :

संस्थाको छाप :