

## स्वघोषणा पत्र

म ..... ठेगाना ..... बस्ने  
श्री ..... छोरा/छोरी/पति/पत्नि वर्ष ..... नागरिकता नं.  
..... जारी मिति ..... ले यस हतुवागढी गाउँपालिकामा मिति  
..... गतेको दिन यस हतुवागढी गाउँपालिकामा मृगौला प्रत्यारोपण  
गरेका, डायलाईसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका विरामीलाई औषधी  
उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ बमोजिम मासिक रु  
५०००/- (पाँच हजार) भत्ता पाउन रीतपूर्वक ढाँचामा निवेदन गरेको छु । मैले  
हालसम्म नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराई आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता/ एकल महिला  
भत्ता/ दलित भत्ता/ पिछ्छाडिएको भत्ता/ अपांगता भत्ता लगायत नेपाल सरकारबाट  
साविकमा पाई आएको सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाएको/ लिएको छैन/ वा लिएको भए  
पनि दोहोरो सुविधा लिने छैन । यो व्यहोरा साँचो हो झुठो ठहरिएमा कानुन बमोजिम  
सहुँला, बुझाउँला ।

नाम/थर:

ठेगाना

ना.प्र.नं.

सम्पर्क नं.

दाँया	बाँया

मिति:

अनुसूची-१

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/ क्यान्सर रोग / मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति:.....

श्री.....गाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

..... ।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा

उपरोक्तविषयमा.....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा नं.....गाउँ/टोल स्थयी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) .....सम्पर्क नं भएको श्री.....को .....साल.....महिना.....गते श्री .....अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जी/ कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित )

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति: .....

बिषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

जिल्ला....., प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमा .....गाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....वडा नं.....गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) .....सम्पर्क नं भएको म ..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूँला बुझाउँला।

**निवेदक:**

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं:.....

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम: .....शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....