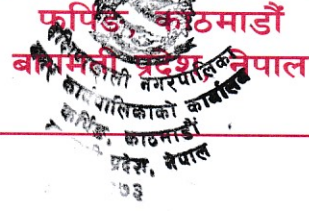




दक्षिणकाली नगरपालिका

नगरकार्यपालिकाको कार्यालय



प.सं.: २०७८/०७९

मिति: २०७९/०९/०५

च.नं.: ३०८४

विषय: अभिलेख अध्यावधिक गरी पठाउने सम्बन्धमा ।

श्री वडा कार्यालय सबै,

दक्षिणकाली नगरपालिका फर्पिङ, काठमाडौं ।

प्रस्तुत विषयमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको च.नं. ५९२ मिति २०७८/१२/१६ को पत्र बमोजिम मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीलाई औषधी उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ बमोजिम कार्यविधिलाई विस्तृत रूपमा अध्ययन गरी परिच्छेद ३ को दफा ७ बमोजिम अबिलम्ब अभिलेख अध्यावधिक गरी उपलब्ध गराइदिन हुन अनुरोध छ ।

.....

दिपक कुमार के.सी.

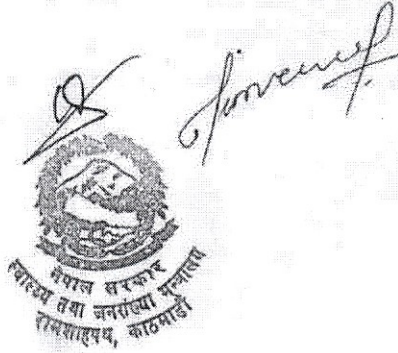
यो.अ.तथा प्रशासकीय अधिकृत

परिच्छेद-३

विविध

७. अभिलेख तथा प्रतिवेदन: प्रत्येक वडा कार्यालयले औषधि उपचार बापत खर्च पाउने लाभग्राहीको अभिलेख अनुसूची-३ बमोजिम लक्षित समूह अनुसार अध्यावधिक गरी राख्नु पर्नेछ।
८. अनुगमन तथा निरीक्षण: मन्त्रालय र प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य हेर्ने मन्त्रालयले उपचार खर्च सम्बन्धी कार्यको नियमित अनुगमन तथा निरीक्षण गर्न सक्नेछन्। नक्कली लाभग्राहिले सुविधा लिएको पाईएमा सम्बन्धित व्यक्ति र सिफरिसकर्ताबाट कानून बमोजिम रकम विर्ता लिईनेछ र कानून बमोजिम कारवाही गरिनेछ।
९. लेखा परिक्षण: औषधि उपचार खर्च वितरणको लेखा परीक्षण प्रचलित कानून बमोजिम गराउने जिम्मेवारी सम्बन्धित स्थानीय तहको हुनेछ।
१०. पारदर्शिता कायम गर्नुपर्ने: स्थानीय तहले भुक्तानी गरेको रकम र बुझी लिने व्यक्तिको नामावली स्थानीय तहका कार्यालय, सम्बन्धित वडा कार्यालय र वेबसाइटमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ।
११. बाधा अड्काउ फुकाउने: यो कार्यविधि कार्यान्वयनमा बाधा अड्काउ परेमा मन्त्रालयले बाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ।
१२. खारेजी र बचाउ: मृगौला रोग, क्यान्सर रोग, स्पाईनल परलाईसिस भएका विरामीलाई जिवीकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि, २०७४ खारेज गरिएको छ।

[Signature]

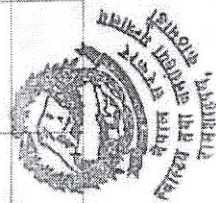


अनुसूची-४

(दफा ७ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउने व्यक्तिहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा

आ.व.				रकम भुक्तानी गरेको महिना															
क.स	लाभग्राही को नाम, थर	जन्म मिति	लिङ्ग	स्थायी ठेगाना	राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं	लक्षित समूह	सिफारिस गर्ने चिकित्सक को विवरण (नाम, कार्यस्थल, संस्था र नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.)	सिउने	पुर्चो	असोज	कार्तिक	मंसिर	पू	माघ	फाल्गुन	चैत्र	वैशाख	जेठ	असार



Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature