



सियारी गाउँपालिका  
Siyari Rural Municipality  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
Office Of Rural Municipality Executive  
हार्नाडा, रुपन्देही  
Harna, Rupandehi  
(सामाजिक सुरक्षा तथा पञ्जीकरण इकाई)

लुम्बिनी, नेपाल  
Lumbini Province Nepal

च.नं./Ref No. :

प.सं./Dispatch No. :

मिति: २०८१।४।७

सूचना!

सूचना!!

सूचना!!

विषय: औषधी उपचार बापतको खर्च नविकरण सम्बन्धमा ।


यस सियारी गाउँपालिका भित्र स्थायी रूपले बसोबास गरि मृगौला प्रत्यारोपण गराएका, मृगौला डायलाइसिस गराइ रहेका, क्यान्सर रोगी तथा मेरुदण्ड पक्षाघात भएको बिरामीलाई औषधी उपचार बापतको खर्च उपलब्ध गराउने कार्यविधि, २०७८ अन्तर्गत चालु आ.ब. २०८०।८१ मा मासिक रु ५०००।०० ( अक्षरूपी पाँच हजार मात्र ) सुविधाको रूपमा औषधी उपचार खर्च खाइपाइ आईरहेका लाभग्राहीहरूले अगामी आ.ब. २०८१।०८२ मा समेत निरन्तर औषधी उपचार बापतको रु ५०००।०० पाउनको लागि २०८१।५।३१ गते भित्र आफु स्थायी बासोबास गरि रहेको वडा कार्यालयमा आफु स्वयम उपस्थित भै तपसिलको कागजात सहित तोकिएको ढाँचामा निवेदन दिनु हुन अनुरोध छ । तोकिएको समय भित्र निवेदन नदिएमा औषधी उपचार बापतको खर्च पाउने लाभग्राहीको मुल सूचीबाट निजको नाम कट्टा गरि औषधी उपचार खर्च रोक्का गर्ने व्यहोरा अनुरोध छ ।

तपसिल:

- लाभग्राहीको नागरिकताको प्रतिलिपि (बालबालिकाको हकमा बाहेक) ।
- बालबालिकाको हकमा जन्म दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि साथै आमाको वा आमा नभए संरक्षक वा स्याहार सुसार गर्ने व्यक्तिको नागरिकताको प्रतिलिपि ।
- मेरुदण्ड पक्षाघात भएको लाभग्राहीको हकमा प्रचलित कानुन बमोजिम गाउँपालिकाले जारी गरेको रातो वा निलो रङ्गको परिचयपत्रको प्रतिलिपि,
- नियमित चेक जाँच गराएको रिपोर्ट

बोधार्थ:

१. श्री सूचना प्रविधि शाखा: सूचना Website तथा सामाजिक सञ्जालहरूमा Upload गर्नुहुन ।
२. श्री सबै वडा कार्यालयहरू: सूचनापाटीमा सूचना टासँ गर्नु हुन ।

  
अधिसचिव पञ्जीकरण  
सामाजिक सुरक्षा तथा पञ्जीकरण इकाई

“कृषि पर्यटन दिगो पूर्वाधार युक्त नगरी, समावेशी मर्यादित स्वच्छ सियारी ”

Web: <https://siyarimun.gov.np>, Email: [siyarimun@gmail.com](mailto:siyarimun@gmail.com), [panjikanan.siyarimun@gmail.com](mailto:panjikanan.siyarimun@gmail.com)

अनुसूचि ३

अंशिक अपाङ्गता सामाजिक सुरक्षा भत्ता वितरण कार्यविधि २०७८ को दफा ७ को उपदफा १ सँग सम्बन्धित  
(सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउने लाभग्राहीहरूले नाम नवीकरणका लागि दिने दरखास्तको ढाँचा)

श्री वडा अध्यक्षज्यू

वडा नं.....,.....पा.गा.....

.....,जिल्ला.....,प्रदेश

विषय :परिचयपत्र नवीकरण सम्बन्धमा ।

'सियारी गाउँपालिका अंशिक अपाङ्गता सामाजिक सुरक्षा भत्ता वितरण कार्यविधि' २०७८ बमोजिम मैले सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउने लागि दिइएको निवेदन अनुसार मेरो नाममा यस गाउँपालिकाको सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउने व्यक्ति अभिलेखमा अभिलेखिकरण भै नियमित रूपमा यस गाउँपालिकाबाट प्रदान गरिने सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउदै आएको म आगामी आर्थिक बर्षमा पनि सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउने गरि अभिलेखमा नाम नवीकरण गरी दिनुहुन देहायको विवरण सहित यो दरखास्त पेश गरेको छु । म सरकारी वा सार्वजनिय पदमा नियुक्ति , प्रदेश सरकार र स्थानिय तहको पूर्ण वा अंशिक स ,मनोनित भएको व्यक्ति होइन र मैले नेपाल सरकार ,निर्वाचित्वामित्वमा भएको संगठित संस्थाबाट नियमित रूपले पारिश्रमिकअवकाश सुविधा वा अन्य सुविधा पाएको छैन ,निवृत्तभरण , । व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून वमोजिम सहूला बुझाउँला

सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउने समूह : (कुनै एकमा चिनो लगाउने

क. अंशिक अपाङ्गता

सामाजिक सुरक्षा पाउने लाभग्राहीको व्यक्तिगत विवरण

(क) पहिलो नाम.....थर .....बीचको नाम .....

First Name .....Middle Name ..... Surname.....

परिचयपत्र नं.....

हालको ठेगाना :

जिल्ला :

गाउँपालिका :

वार्ड नं. :

: टोल

(ख) लिङ्ग :पुरुष महिला अन्य

(ग) सम्पर्क नं. :

(घ) नागरिकता प्रमाणपत्र नं.....जारी जिल्ला .....जारी मिति .....

संरक्षक(आ ) स्याहार सुसार गर्ने व्यक्तिको विवरण/माथवर/फे उपस्थित हुन नसक्ने व्यक्तिको हकमा (

..... पहिलो नामबीचकोनाम.....थर.....

First Name .....Middle Name .....Surname.....

.....लाभग्राहीसंगको नाता

नागरिकता प्रमाणपत्र नं.....जारी जिल्ला.....जारी मिति .....

निवेदकको रेखात्मक सही	दायाँ	वायाँ
निवेदक ( सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउने व्यक्ति/संरक्षक/ माथवर/ स्याहार सुसार गर्ने व्यक्तिको दस्ताखत :.....		
कार्यलय प्रयोजनको लागि निवेदकको व्यहोरा ठिक छ,भनी प्रमाणित गर्ने : - वडा अध्यक्षको दस्ताखत ..... नाम .....	नवीकरण मिति : .....	नाम दर्ता निर्णय मिति : .....
	नवीकरण भएको आ.ब.....	

औषधी उपचार बापत पाउने खर्च नवीकरण फाराम

मिति: ....। ..। ...

बिषय: औषधी उपचार बापत पाउने खर्च नवीकरण सम्बन्धमा ।

श्री वडा अध्यक्ष ज्यू.

..... नं. वडा कार्यालय, सियारी गाउपालिका ।

प्रस्तुत विषयमा चालु आर्थिक वर्षमा मृगौला प्रत्यारोपण गराएका, मृगौला डायलाइसिस गराइ रहेका, क्यान्सर रोगी तथा मेरुदण्ड पक्षाघात भएको बिरामीलाई औषधी उपचार बापतको खर्च उपलब्ध गराउने कार्याविधि २०७८ अन्तर्गत मासिक रु ५०००।०० ( अक्षरूपी पाचै हजार मात्र ) सुविधाको रूपमा औषधी उपचार खर्च प्राप्त गर्नका लागि नवीकरण गरिदिनु हुन देहायको विवरण सहित निवेदन पेश गरेको छु।  
नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार, स्थानिय तह वा नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार, स्थानिय तहको पूर्ण वा अंशिक स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण पाइरहेको व्यक्ति, विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन प्राप्त गरि रहेको व्यक्ति, नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराउदै आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछाडिएको भत्ता, अपाङ्गता भत्ता लागयत नेपाल सरकारबाट साविकमा पाई रहेको व्यक्ति होइन ।  
व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

लाभग्राहीको विवरण:

नाम थर:-

लिङ्ग:-

लक्षित समूह:-

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. तथा नागरिकता नं. :-

सम्पर्क मोबाइल नं:-

दस्तखत:-

मिति:-

संरक्षक/माथवर/स्याहारसुसार गर्ने व्यक्तिको विवरण (बालबालिका वा आफै उपस्थित हुन नसक्ने व्यक्तिको हकमा) यस निवेदनमा भएको लाभग्राहीको दस्तखत/सहिछाप मेरो रोहवरमा भएको ठिक साँचो हो। यसमा भएको दस्तखत वा मितिमा फरक परेमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला भनी सहिछाप गर्ने इच्छाएको व्यक्तिको:-

नाम थर:-.....

दस्तखत:-.....

औषधी उपचार खर्च प्राप्त गर्ने व्यक्तिसँगको नाता:

सम्पर्क मोबाइल नं.:-

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. तथा नागरिकता प्रमाणपत्र नं. :-

जारी भएको जिल्ला र मिति:

कार्यालय प्रयोजनको लागि

दर्ता नं.:-

रुजु गर्ने कर्मचारीको:

नाम थर:

पद:

मिति:

दस्तखत: