

# मिर्गौला रोग, क्यान्सर रोग, स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीलाई जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७४

मिर्गौला रोगका बिरामी, क्यान्सररोगका बिरामी र स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीको स्वास्थ्य उपचारका लागि उपचार खर्च दिई आए पनि बिरामीले आफ्नो नियमित काम लामो समयसम्म गर्न नसके महशुस गरी बिरामीको उपचारका क्रममा पोषणयुक्त खाना र उपचारका लागि अस्पताल आउन जान यातायातका लागि समेत सहज व्यवस्थापनहोस् र गरिबीको कारण मिर्गौला, क्यान्सर, स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीले उपचारको क्रममा राहत एवम् सामाजिक सुरक्षा प्राप्त गरी राज्य प्रती अपनत्व वृद्धि गर्न जीवन निर्वाह वापत 'जिविकोपार्जन भत्ता' उपलब्ध गराउन नेपाल सरकार, मन्त्रिपरिषद्ले यो कार्यविधि जारी गरेको छ।

## १. कार्यविधिको नाम र प्रारम्भ:

- (१) यस कार्यविधिको नाम "मिर्गौलारोग, क्यान्सररोग, स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीलाई जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७४" रहेको छ।
- (२) यो निर्देशिका तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

## २. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा:

- (क) "जिविकोपार्जन भत्ता" भन्नाले मिर्गौलारोग, क्यान्सर रोग, स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीलाई जिविकोपार्जनमा सहज बनाउनका लागि र थप औषधी खरिदको लागि उपलब्ध गराउने भत्तालाई सम्झनु पर्छ।
- (ख) "समिति" भन्नाले "विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोष सम्बन्धी निर्देशिका, २०७३ उपदफा ३.३ मा गठित सिफारिश सिमित वा दफा ५ बमोजिमको समिति सम्झनुपर्छ।
- (ग) "अस्पताल" भन्नाले मिर्गौलारोग, क्यान्सररोग, स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न मन्त्रालयमा सुचिकृत भएका अस्पताललाई सम्झनुपर्छ र सो शब्दले मन्त्रालयले समयसमयमा तोकेका अन्य अस्पतालहरु समेतलाई जनाउँछ।
- (घ) "मन्त्रालय" भन्नाले स्वास्थ्य मन्त्रालयलाई सम्झनुपर्छ।

## ३. जिविकोपार्जन भत्ताको व्यवस्थापन

- (१) जिविकोपार्जन भत्ता रकम सूर्तिजन्य पदार्थ (नियन्त्रण तथा नियमन गर्ने) एन, २०६८ को दफा २२ र सूर्तिजन्य पदार्थ (नियन्त्रण तथा नियमन गर्ने) नियमावली, २०६८ को नियम १८ बमोजिम स्थापना भएको स्वास्थ्य कर कोषमा धुम्रपान तथा सूर्तिजन्य पदार्थको अन्तशुल्क करबाट प्राप्तहुने कोषबाट आर्थिक श्रोतको व्यवस्था गरिने छ।
- (२) उपदफा १ बमोजिमको भत्ता उपलब्ध गराउन नेपाल सरकार अर्थ मन्त्रालयको अन्तशुल्कबाट उठेको रकम समय समयमा स्वास्थ्य कर कोषमा उपलब्ध गराउनुपर्ने अनिवार्य दायित्व श्रृजना हुनेछ।
- (३) जिविकोपार्जन भत्ता वापतको रकमको व्यवस्था स्वास्थ्य मन्त्रालयले गर्नु पर्नेछ।

## ४. बिरामी छनौट विधि: (१) यस कार्यविधि बमोजिमको जिविकोपार्जन भत्ता पाउनका लागि मिर्गौला रोग लागेर डायलाइसिस सेवा वा मृगौला प्रत्यारोपण गरिएका, क्यान्सर रोग लागेका, स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस रोगका बिरामीहरुको छनौट देहायका आधारमा गरिनेछ।

- (क) मृगौला रोगसम्बन्धी विशेषज्ञ चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने भनी प्रदान गरेको आधारमा मृगौला प्रत्यारोपण नगरी औषधी सेवन गरी वा डायलायसिस गरी रहेका बिरामी र मृगौला प्रत्यारोपण गरी बेरोजगार भइ नियमित कार्य गर्न असमर्थ रही आराम गरी बस्न सिफारिस भएका बिरामी।
- (ख) क्यान्सर रोग सम्बन्धी विशेषज्ञ चिकित्सकको सिफारिसको आधारमा उपचार गराई रहेका बिरामी र नियमित आय आर्जन गर्न असमर्थ भई चिकित्सकले आरामगर्नु पर्ने भनी सिफारिस भएका बिरामी।

- (ग) विशेषज्ञ चिकित्सकबाट स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस रोग भएको भनी सिफारिस भएका बिरामी वेरोजगार भई आय आर्जन गर्न नसके भई आराम गर्न सिफारिस भएका बिरामी ।
- (२) उपदफा १ को अतिरिक्त देहायका अन्य कागजातहरू समावेश गरेको हुनुपर्नेछ ।
  - (क) “विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोष सम्बन्धी निर्देशिका, २०७३ तोके बमोजिमको कागजात पेश गर्नु पर्नेछ।
- (३) यो निर्देशिका जारी हुनु पूर्व जिल्ला स्तरिय विपन्नताको सिफारिश लिएका विरामिहरूका हकमा सेहि सिफारिशका आधारमा जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।
- (४) गरिब वा असहाय भनी झुठा विवरण पेश गरी यस कार्यविधि बमोजिम जिविकोपार्जन भत्ता प्राप्त गर्न खोजेको जानकारी प्राप्त भएमा वा प्रमाणित भएमा जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गर्ने निर्णयलाई तत्काल रद्द गराइनेछ ।
- (५) गरिवीको परिचय पत्र वितरण गरेको जिल्लाको हकमा सोही परिचय पत्र वालालाइ मात्र भत्ता उपलब्ध गराइनेछ ।

५. समिति गठन: (१) मिर्गौला रोग ,क्यान्सर रोग ,स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस रोगका बिरामीहरूको जिविकोपार्जन भत्ता सेवा सञ्चालन र व्यवस्थापनका लागि जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयमा सचिवालय रहने गरी देहाय बमोजिमको समिति गठन हुनेछ ।

- (क) प्रमुख जिल्ला अधिकारी अध्यक्ष
- (ख) जिल्ला स्थित सरकारी अस्पताल (जिल्ला/अंचल/क्षेत्रीय/केन्द्रीय/प्रतिष्ठान) का प्रमुख सदस्य
- (ग) जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय प्रमुख सदस्य सचिव

(२) समितिको कार्यविवरण देहाय बमोजिम हुनेछ ।

- (क) समितिले दरखास्त अनुरूप मिर्गौला रोग ,क्यान्सर रोग ,स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस रोगका बिरामीहरूलाई जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउन अनुसूची ४ को ढाँचामा निर्णय गरी विरामीले माग गरे बमोजिमको अस्पतालमा सिफारिश गरी पठाउनु पर्नेछ ।
- (ख) समितिले विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोष सम्बन्धी निर्देशिका(दोश्रो संशोधन), २०७३ मा उल्लेख बमोजिम विरामिले उपचारका लागि माग गरेको अस्पतालमा सिफारिश गरी पठाउनु पर्नेछ र सो को बोधार्थ स्वास्थ्य सेवा विभाग, व्यवस्थापनमा महाशाखामा पनि दिनुपर्नेछ ।
- (ग) जिविकोपार्जन भत्ता प्रयोजनका लागि सिफारिश गर्दा तोकिएको एक भन्दा बढी कडारोग लागेमा पनि सिफारिश गर्नुपर्नेछ ।
- (घ) बिरामीहरूबाट जिविकोपार्जन भत्ताका लागि आवेदन अनुसूची १ बमोजिम पालिकाहरूको सिफारिशका साथ अनुसूची २ बमोजिमको निवेदन माग गर्ने ।
- (ङ.) विरामिले निवेदन दिएको ३ दिन भित्र समिति बैठक बसि निर्णय गर्नु पर्नेछ ।
- (च) जिल्ला स्तरीय विपन्न नागरिक औषधी उपचार सिफारिश समितिको सचिवालयले मिर्गौला,क्यान्सर,स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस रोगका बिरामीहरूबाट दरखास्त संकलन गरी प्रारम्भिक प्रशासनिक कार्य र अभिलेख राखी समिति समक्ष पेश गर्नेछ ।

## ६. अस्पतालको काम, कर्तव्य र अधिकार

- (१) यस कार्यविधि बमोजिमको जिविकोपार्जन भत्ता सम्बन्धि बिरामीको फोटो सहितको अभिलेख अनुसूची ६ बमोजिमको ढाँचामा सम्बन्धित अस्पतालको सामाजिक सेवा एकाइ प्रमुखले गर्नुपर्नेछ । साथै अनुसूची ७ बमोजिमको ढाँचामा विरामिबाट निवेदन ग्रहण गर्नुपर्नेछ ।
- (२) प्रत्येक महिनाको ७ गते भित्र भत्ता उपलब्ध गराउनु पर्ने बिरामीहरूको विवरण तयार पारी अनुसूची ५ बमोजिमको ढाँचामा स्वास्थ्य सेवा विभागको व्यवस्थापन महाशाखामा पठाउनुका साथै सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ ।

- (३) स्वास्थ्य सेवा विभाग, व्यवस्थापन महाशाखाबाट प्राप्त भएको भत्ता रकम सम्बन्धित विरामीको खातामा मासिक रूपमा दाखिला गर्ने र सो को विवरण मासिक रूपमा स्वास्थ्य सेवा विभागमा पठाउनु पर्नेछ ।
- (४) सामाजिक सेवा एकाइ नभएका अस्पतालमा अस्पताल प्रमुखले सो कार्यको जिम्बेवारि बहन गर्नका लागि सम्पर्क विभाग / शाखा / एकाइ तोकु पर्नेछ ।

#### ७. व्यवस्थापन महाशाखाको काम, कर्तव्य र अधिकार

- (१) अस्पतालबाट प्राप्त जिविकोपार्जन सम्बन्धी भत्ता माग रकमको प्रतिवेदनका आधारमा स्वास्थ्य सेवा विभाग, व्यवस्थापन महाशाखाबाट निर्णय गराइ भत्ता रकम सम्बन्धित विरामीको खातामा जम्मा हुने गरि मासिक रूपमा अस्पताललाई एकमुष्ट उपलब्ध गराउने ।
- (२) जिल्ला तथा सूचिकृत अस्पतालहरूको मासिक रूपमा अनुगमन गर्नुपर्ने ।

८. अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रक्रिया: स्वास्थ्य मन्त्रालय, चिकित्सा सेवा महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभाग व्यवस्थापन महाशाखा तथा आर्थिक प्रशासन शाखाको संयुक्त संयत्रबाट त्रैमासिक रूपमा अनुगमन तथा मूल्यांकन गरी स्वास्थ्य मन्त्रालयमा प्रतिवेदन पेश गर्नुपर्नेछ । अस्पताल, जिल्ला तथा स्वास्थ्य सेवा विभागको व्यवस्थापन महाशाखामा यस सम्बन्धी प्रशासनिक तथा अनुगमन कार्यका लागि कुल बजेटको कम्तिमा ५ प्रतिशतको परिधिभित्र रहि विभागको वार्षिक बजेट तथा कार्यक्रममा विनियोजन गरि कार्य सम्पादन गर्नु पर्नेछ ।

#### ९. जिविकोपार्जन भत्ता सम्बन्धि व्यवस्था:

- (१) मृगौला प्रत्यारोपण नगरी नियमित औषधी सेवन गरी वा डायलायसिस गरी रहेका विरामी र मृगौला प्रत्यारोपणगरी आरामगर्नुपर्ने रोजगारी गर्न नसक्ने भनि चिकित्सकबाट सिफारिस भएको अवस्थामा, क्यान्सर रोगको उपचार गराई रहेका विरामी र स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस रोग भएका विरामीहरूको स्वास्थ्य उपचारका साथै त्यस्ता विरामीको जिविकोपार्जनमा सहज बनाउनका लागि मासिक रूपमा रु ५,०००।- (अक्षरुपी पाँच हजार) जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराईने छ ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिम उपलब्ध गराउनुपर्ने रकम अस्पतालबाट प्राप्त अनुसूची ५ बमोजिमको सिफारिस नामावलि विवरणको आधारमा स्वास्थ्य सेवा विभाग व्यवस्थापन महाशाखा, विपन्न नागरिक औषधोपचार कोषको सचिवालयले विरामीको खातामा जम्मा हुने गरी नेपाल सरकारले सूचिकृत गरेका अस्पतालहरू मार्फत उपलब्ध गराइनेछ ।
- (३) जिविकोपार्जन वापतको भत्ता रकम(चेक) लिन विरामी स्वयं उपस्थित हुनु पर्नेछ । यदि विरामी स्वयं उपस्थित हुन नसक्ने अवस्था भएमा निवेदक विरामीको कानून बमोजिम हक लाग्ने अभिभावकले सो को प्रमाण सहित कागजात पेश गरेमा विरामीको अभिभावकलाई विरामीको नामको चेक अस्पताल प्रमुखको स्वीकृतिमा प्रदान गर्नुपर्नेछ ।
- (४) कुनै कारणवस विरामीको मृत्यु भएमा विरामीको आफन्तले अनिवार्य रूपमा समितिमा मृत्युदर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी पेश गर्नुपर्नेछ । यदि विरामीको मृत्यु भए पश्चात पनि जानकारी नगराइ विरामीको जिवन निर्वाह भत्ता लिएको पाइएमा कानून बमोजिम सरकारी बांकी सरह व्याज सहित असुल उपर गरिनेछ ।
- (५) जिविकोपार्जन भत्ता सम्बन्धी कार्यका लागि आवश्यक पर्ने जनशक्ति सम्बन्धित जिल्ला, अस्पताल तथा स्वास्थ्य सेवा विभागले गर्नुपर्नेछ ।

१०. उजुरी गर्ने व्यवस्था: यस राहत प्रक्रियामा चित्त नबुझेमा स्वास्थ्य मन्त्रालयको सचिवज्यू समक्ष कुनैपनि विरामीले लिखित उजुरी गर्न सक्नेछ । यसरी परेको उजुरी उपर आवश्यक छानबिन गरी सम्बन्धित व्यक्तिलाई जानकारी गराइनेछ ।

११. बाधा अडकाउ फुकाउने: यस कार्यविधि बमोजिम जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउने सम्बन्धमा कुनै बाधा पर्न गएमा वा थप व्याख्या गर्नुपर्ने भएमा मन्त्रालयले गरेको निर्णय अन्तिम हुनेछ । मन्त्रालयको निर्णयको पालना गर्नु समिति र सम्बन्धित अस्पतालको कर्तव्य हुनेछ ।

१२. नेपाल सरकारले कार्यविधिमा आवश्यकता अनुसार संशोधन वा हेरफेर गर्न सक्नेछ ।

## अनुसुची-१

मिर्गीला रोग ,क्यान्सर रोग ,स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका विरामीहरुको जिविकोपार्जन भत्ता प्राप्त गर्न स्थानिय निकायमा पेश गर्ने दरखास्त फाराम तथा स्थानिय निकायले सिफारिश गर्ने फाराम

- (१) विरामीको नाम थर: लिङ्ग:
- (२) जन्म मिति: साल महिना गते हालको उमेर:
- (३) नागरिकता प्रमाणपत्र नंम्बर: -(वालकको हकमा जन्म दर्ता नं.)  
जारी मिति:- साल महिना गतेजारी गर्ने जिल्ला:-
- (४) स्थायी ठेगाना: .....अञ्चल ..... जिल्ला: .....गा.पा.स.पा. ....वडा नं  
अस्थायी ठेगाना: .....अञ्चल ..... जिल्ला: .....गा.पा.स.पा. ....वडा नं
- (५) विरामीको पेशा: धर्म:
- (६) बाबुको नाम: बाबुको पेशा:
- (७) आमाको नाम: आमाको पेशा:
- (८) श्रीमान/श्रीमती को नाम: दाजु भाइ संख्या:  
दिदी बहिनीको संख्या:
- (९) परिवारको सम्पत्ति विवरण:  
(क) घर: ..... जग्गा: .....  
(ख) व्यापारीक कारोवार:..... जागिर(मासिकआय) .....  
(ग) अन्य:
- (१०) उपचारत अस्पतालकोनाम
- (११) रोगको प्रकार:
- (१३) माथि उल्लिखित सम्पूर्ण विवरण ठिक साँचो हो, झुठा विवरण पेश गरेको ठहरिएमा कानून बमोजिम सहुँला, बुझाउँला भनी सहीछाप गरेको छु ।(विरामी वा विरामिका अभिभावक)

औठा छाप

सिफारिशको व्यहोरा(संक्षिप्त) .....

नाम:

सम्बन्धित विरामीको वा अभिभावकको

दस्तखत:

विरामीसँगको नाता सम्बन्ध:

ठेगाना

सम्पर्क नंम्बर:

मिति:

नाम:

पद:

दस्तखत:

मिति:

कार्यालयको नाम:

कार्यालयको सम्पर्क नंम्बर:

कार्यालयको छाप

## अनुसुची-२

मिर्गौला रोग ,क्यान्सर रोग ,स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका विरामीहरुको जिविकोपार्जन भत्ताका लागि निवेदन फाराम( जिल्लास्तरिय सिफारिश समतिमा दिने निवेदन)

श्रीमान अध्यक्ष ज्यू  
जिविकोपार्जन भत्ता सेवा सञ्चालन र व्यवस्थापन समिति,.....

### विषय: जिविकोपार्जन भत्ता पाँउ ।

महोदय,

म ....., घर ठेगाना भएको .....,  
..... रोगलागी .....  
अस्पतालमा उपचार गराई रहेको छु । नेपाल सरकार वाट जिवन निर्वाह भत्ता प्रदान गर्ने निर्णय भए अनुरूप विरामि भई मैले गरि आएको काम गर्न असमर्थ भएको हुदाँ, मैले रोजगार गर्न सक्षम नहुदाँ सम्म जिवन निर्वाह भत्ता उपलब्ध गराई दिनु हुन अनुरोध गर्दछु ।

#### निवेदक:

दस्तखत

नाम

ठेगाना

मिति

नोट: यदि विरामी अशक्त भए निवेदक विरामीको कानून बमोजिम हक लाग्ने अभिभावक हुन सक्नेछन् ।

अनुसुची-३  
नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय

फोटो

मिर्गौला रोग ,क्यान्सर रोग र स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीहरुको

जिबिकोपार्जन भत्ता सम्बन्धी बिरामीको परिचय-पत्र

नाम: उमेर: लिंग: जन्म मिति:

रोगको किसिम: सम्पर्क नं.

परिचय पत्र जारी मिति:

अस्पतालको नाम:

परिचय पत्रदाताको सहि

प्रमाणित गर्नेके सहि

## अनुसूची ४

### (सिफारिस समितिको बैठक माइन्युटको ढांचा)

मिति .....गते प्रमुख जिल्ला अधिकारी श्री .....को अध्यक्षतामा जिविकोपार्जन भत्ता सेवा सञ्चालन र व्यवस्थापन समितिको बैठक बस्यो । बैठकको उपस्थिति एवम् निर्णय देहाय बमोजिम रहेको छ ।

#### उपस्थिती

(क) प्रमुख जिल्ला अधिकारी

अध्यक्ष

(ख) जिल्ला स्थित सरकारी अस्पताल (जिल्ला/अंचल/क्षेत्रीय/केन्द्रीय/प्रतिष्ठान) का प्रमुख सदस्य  
(ग) जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय प्रमुख सदस्य सचिव

#### निर्णय

मिर्गौला रोग, क्यान्सर रोग, स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका विरामीलाई जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७४ बमोजिम मासिक रू ५०००।(अक्षरूपी पाचैहजार रूपैया मात्र) जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउनका लागि देहाय बमोजिमका विरामिहरूलाई देहायबमोजिमको अस्पतालमा सिफारिश गरी पठाउन निर्णय गरियो ।

क्र.सं.	विरामिको नाम	उमेर, लिंग	ठेगाना	ना.प्र.प.नं.÷ जन्मदर्ता नं.(वालकके हकमा)	रोगको किसिम	सिफारिश गरेको अस्पतालको नाम	सम्पर्क नं.	बैंकको नाम, ठेगाना, शाखा र खाता नं.

## अनुसुची-५

मिर्गौला रोग, क्यान्सर रोग र स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीहरूको जिविकोपार्जन भत्ता मासिक अद्यावधिक प्रतिवेदन फाराम

२०....साल ....महिनाको जिविकोपार्जन भत्ता उपलब्ध गराउनु पर्ने बिरामीहरूको नामावलि विवरण

मिति:

क्र.सं.	विरामिको नाम	उमेर			ठेगाना	ना.प्र.प.नं.÷ जन्मदर्ता नं.(वालकके हकमा) र जारी गरेको साल	रोगको किसिम	सम्पर्क नं.	बैंकको नाम, ठेगाना, शाखा र खाता नं.
		महिला	पुरुषा	अन्य					

तयार गर्ने:

नाम:

पद:

दस्तखत:

मिति:

प्रमाणित गर्ने

नाम:

पद:

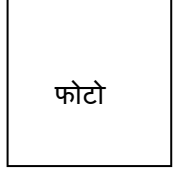
दस्तखत:

मिति:



## अनुसुची-६

मिर्गौला रोग ,क्यान्सर रोग र स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस भएका बिरामीहरुको जिविकोपार्जन भत्ता सम्बन्धी अभिलेख रजिष्टर



विरामिको नाम:

उमेर:

लिंग: म/पु/अन्य

नागरिकता नं. / जन्म दर्ता नं.(वालकको हकमा) :

विरामिको पेशा:

धर्म:

बुवाको नाम:

आमाको नाम:

रोगको किसिम:

ठेगाना: जिल्ला:

न.पा/गा.पा

वडा नं.

टोलको नाम:

सम्पर्क फोन नं.

सिफारिश निणय भएको मिति:

दर्ता नं.

क्र.सं.	भत्ता वितरण गरेको मिति	रकम	चेक नं.	अभिलेख गर्नेको दस्तखत	बैंकको नाम, ठेगाना, शाखा र खाता नं.

## अनुसूची-७

मिर्गौला रोग ,क्यान्सर रोग र स्पाइनल इन्जुरी भई पारालाइसिस रोगका विरामीहरूको जिविकोपार्जन भत्ताका लागि निवेदन फाराम( अस्पतालमा दिने निवेदन)

श्रीमान अस्पताल प्रमुख ज्यू  
.....अस्पताल,

### विषय: जिविकोपार्जन भत्ता पाँउ ।

महोदय,

म ....., घर ठेगाना भएको .....,  
..... रोग लागी .....  
अस्पतालमा उपचार गराई रहेको छु । नेपाल सरकार वाट जिवन निर्वाह भत्ता प्रदान गर्ने निर्णय भए अनुरूप विरामि भई मैले गरि आएको काम गर्न असमर्थ भएको हुदाँ, मैले रोजगार गर्न सक्षम नहुदाँ सम्म जिवन निर्वाह भत्ता उपलब्ध गराई दिनु हुन अवश्यक कागजात सम्लग्न राखि पेश गरेको व्यहोरा अनुरोध गर्दछु ।

### तपसिल

१.जिल्ला स्तरिय विपन्न नागरिक सिफारिश समिति (जिविकोपार्जन भत्ता सेवा सञ्चालन र व्यवस्थापन समिति) को सिफारिश पत्र १ थान । वा गरिवीको परिचय पत्र ।

२.चिकित्सकको प्रिस्क्रिप्सन

३. नागरिकताको प्रतिलिपि(बालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि

विरामिको नाम:

उमेर:

लिंग: म/पु/अन्य

नागरिकता नं. / जन्म दर्ता नं.(बालकको हकमा) : जारी मिति:

जिल्ला:

विरामिको पेशा:

धर्म:

जात:वव

बुवाको नाम:

आमाको नाम:

रोगको किसिम:

ठेगाना: जिल्ला:

न.पा/गा.पा

वडा नं.

टोलको नामः

सम्पर्क फोन नं.

बैंकको नाम, ठेगाना:

खाता नं.

जिल्लाबाट सिफारिश निर्णय भएको मिति:

### निवेदक:

दस्तखत

नाम

ठेगाना

मिति

नोट: यदि विरामी अशक्त भए निवेदक विरामीको कानून बमोजिम हक लाग्ने अभिभावक हुन सक्नेछन् ।