

अनुसूची - २

(दफा ४ को उपदफा (१) र दफा ६ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

प्रदेश सरकार

सं.	रोग	सहुलियत विवरण	सहुलियत रकम	कैफियत
१.	मृगौला रोग	मृगौला प्रत्यारोपण	रु. २ लाखसम्म	
		अल्पकालीन रूपमा मृगौलाले काम नगरेको विरामीलाई डायलासिस	रु. १ लाखसम्म	
		Acute Glomerulonephritis, Nephrotic Syndrome का साथै दुबै मृगौला फेल भई डायलासिस तथा प्रत्यारोपण गर्न नमिल्ने वा नपर्ने विरामीलाई औषधी उपचार तथा प्रयोगशाला बापत	रु. १ लाखसम्म	
		मृगौला प्रत्यारोपण पश्चात औषधी सेवन बापत	रु. १ लाखसम्म	
		अङ्गदाता र ग्रहणकर्ताको प्रयोगशाला (HLA Test) शुल्क	बढीमा रु. ५० हजारसम्म	
		हेमाडायलासिस बढीमा हप्ताको दुई सेसन र सोभन्दा बढी गर्नुपर्ने अवस्थामा चिकित्सकको कारण सहितको प्रेस्क्रिप्सन अनिवार्य हुनुपर्नेछ ।	प्रति सेसन रु. २५००	
		सेरोपोजिटिभ (सङ्क्रमित) भएका विरामीहरूलाई डायलासिस उपचार सेवा बापत प्रति सेसन सोधभर्ना	रु. ४००० सम्म	
२.	मुटुरोग	१. विभिन्न प्रकारका मुटुरोग जस्तै: महाधमनीको शल्यक्रिया गर्नुपर्ने विरामी २. मुटुमा पेश मेकर तथा स्टेन्ट राख्नु परेमा, एब्लेशन गर्नुपरेमा, मुटुको भल्व पूर्णरूपमा क्षति भएको या मुटु फेल भएको उपचारका लागि ।	रु. १ लाखसम्म	
३.	क्यान्सर	विभिन्न प्रकारका क्यान्सर रोग, ती सम्बन्धि शल्यक्रिया, थप निदानात्मक सेवा, केमोथेरापी, रेडियोथेरापी औषधी, औषधीजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरू	रु. १ लाखसम्म	
४.	पार्किन्सन्स	पार्किन्सन्स रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधीजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरू	रु. १ लाखसम्म	
५.	अल्जाइमर	अल्जाइमर रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधीजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरू	रु. १ लाखसम्म	
६.	स्पाइनल इन्जुरी	दुर्घटनाजन्य र चोटपटकजन्य विरामीहरूलाई शल्यक्रिया, औषधी तथा औषधीजन्य सामग्रीहरू, थप निदानात्मक सेवा, शैया सेवा शुल्क	रु. १ लाखसम्म	
७.	हेड इन्जुरी	दुर्घटनाजन्य र चोटपटकजन्य विरामीहरूलाई शल्यक्रिया, औषधी तथा औषधीजन्य सामग्रीहरू, थप निदानात्मक सेवा, शैया सेवा, शल्य तथा पुनर्स्थापना सेवाको लागि समेत ।	रु. १ लाखसम्म	

८.	कलेजो	कलेजो रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधीजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरु	रु. १ लाखसम्म	
९.	अप्लाष्टिक एनिमिया	अप्लाष्टिक एनिमिया रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधीजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरु	रु. १ लाखसम्म	
१०.	थालिसिमिया	थालिसिमिया रोगमा प्रयोग हुने थप निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधीजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरु	रु. १ लाखसम्म	
११.	मस्तिष्कघात	मस्तिष्कघात रोगमा प्रयोग हुने निदानात्मक सेवा, औषधी, औषधीजन्य सामग्री, शैया तथा सेवा शुल्कहरु	रु. १ लाखसम्म	

अनुसूची-३
(दफा ५ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)
बिपन्न नागरिक औषधोपचार सहायता आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान् प्रमुख/अध्यक्षज्यू

..... ।

देहाय बमोजिम विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायता सिफारिसका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१	वैयक्तिक विवरण: विरामीको नाम: उमेर: लिङ्ग: स्थायी ठेगाना: जिल्ला:पालिका: वडा नं..... जातीगत विवरण: ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाति/दलित/अल्पसङ्ख्यक/अन्य परिवार सङ्ख्या:	
२	आय स्रोत: पेशा र व्यवसाय: — परम्परागत कृषि: — रोजगारी (स्वदेशी/विदेश) — उद्यम/व्यवसाय: अनुमानित आय:	
३	जग्गा क्षेत्रफल (क्षेत्रफल र स्थान समेत): भौतिक संरचना: (घर/टहरा आदिको संख्या): (कच्ची/पक्की): सवारी साधन: बैंक मौज्दात: सुन चाँदी: नगद:	
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी, कलेजो र थालिसिमिया	
५	संलग्न कागजातहरू: (क) विरामीको नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि (नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि) (ख) चिकित्सकको प्रेसक्रिप्सन (ग) मेडिकल बोर्डको सिफारिस (घ) अस्पतालमा उपचार गराउँदा भएको खर्च सम्बन्धी बिल भर्पाई (बिल भर्पाईमा विरामी वा निजको कुरुवा वा उपचार गर्ने चिकित्सक वा उपचारमा संलग्न नर्सलाई दस्तखत गराईएको हुनुपर्नेछ ।)	
६	सहायता माग गरिएको रकम	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो झुठा ठहरे सहुँला बुझाउला । निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.:	

अनुसूची-४

(दफा ५ को उपदफा (५) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तह सिफारिस समिति एकिन गर्नु पर्ने विवरण

१. बिरामीको नाम, थर :
२. ठेगाना:
३. ना.प्र.नं./ राष्ट्रिय परिचयपत्र नं.:
४. बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी वा नागरिकता नभएको खण्डमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि।
५. उपचार गर्दा भएको बिल बमोजिमको खर्च रकम।
६. रोग पहिचान भएको चिकित्सकको प्रेसक्रिप्सनको संक्षिप्त व्यहोरा।
७. बिपन्न नागरिक अस्पतालमा रहेको वा डिस्चार्ज भएको विवरण।
८. बिरामी बिपन्न नागरिक भएको व्यहोरा खुल्नुपर्ने।
९. अशक्त, दिर्घरोगी र बेवारिसे संक्षिप्त व्यहोरा।
१०. स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धि विवरण।

अनुसूची - ५
(दफा ५ को उपदफा (६) सँग सम्बन्धित)
बिपन्न नागरिक औषधोपचार सहायता आवेदन फारम

श्री स्वास्थ्य मन्त्रालय,
कोशी प्रदेश, बिराटनगर।

देहाय बमोजिम विवरण भरी बिपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायताका लागि अनुरोध गर्दछु।

१	वैयक्तिक विवरण: विरामीको नाम: उमेर: लिङ्ग: स्थायी ठेगाना: जिल्ला:पालिका: वडा नं..... जातीगत विवरण: ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाति/दलित/अल्पसङ्ख्यक/अन्य परिवार सङ्ख्या:	
२	आय स्रोत: पेशा र व्यवसाय: — परम्परागत कृषि: — रोजगारी (स्वदेशी/विदेश) — उद्यम/व्यवसाय: अनुमानित आय:	
३	जग्गा क्षेत्रफल (क्षेत्रफल र स्थान समेत): भौतिक संरचना: (घर/टहरा आदिको संख्या): (कच्ची/पक्की): सवारी साधन: बैंक मौज्दात: सुन चाँदी: नगद:	
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी, कलेजो र थालिसिमिया	
५	संलग्न कागजातहरू: (क) विरामीको नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि (नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि) (ख) चिकित्सकको प्रेसक्रिप्सन तथा अस्पतालमा उपचार गराउँदा भएको खर्चको सङ्कलन ग) मेडिकल बोर्डको सिफारिस, (घ) कार्यविधि बमोजिम नगरपालिका सिफारिस समितीको सिफारिस)	
६	सहायता माग गरिएको रकम	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो झुठा ठहरे सहुँला बुझाउला । निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.:	