



रिब्दीकोट गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय



पत्र संख्या : २०८३/०८४

चलानी नं. :

रिब्दीकोट गाउँपालिका
लुम्बिनी प्रदेश, नेपाल
खैरौली, पाल्पा
२०७३

☎ 9857078307, 9760870079
✉ info@ribdikotmun.gov.np
🌐 www.ribdikotmun.gov.np

निःशुल्क स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम सम्बन्धी सूचना (प्रथम पटक प्रकाशित मिति २०८३/०४/०७)

प्रस्तुत विषयमा यस पालिकाको आ.व. २०८३/०८४ को वार्षिक स्वीकृत कार्यक्रम “पालिकासँग स्वास्थ्य कार्यक्रम” अन्तरगत पालिकासँग स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यान्वयन सम्बन्धी कार्यविधि, २०८२ बमोजिम रिब्दीकोट गाउँपालिका भित्रका सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविका, बेपत्ता पारिएका व्यक्तिको छानबिन आयोगबाट प्रमाणित गरिएका बेपत्ता पिडित परिवार, दलित र ‘ग’ वर्गका अपाङ्गता परिचयपत्र प्राप्त नागरिकहरुलाई निःशुल्क स्वास्थ्य विमा गराईने भएकाले उक्त सेवा लिन इच्छुक लक्षित वर्गका सेवाग्राहीलाई यो सूचना प्रकाशित भएको मितिले १५ दिन भित्र तपसिल बमोजिमका कागजात समेत संलग्न राखी सम्बन्धित वडा कार्यालयमा आवेदन दर्ता गराउनु हुन सम्बन्धित सबैमा जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशित गरिएको व्यहोरा अनुरोध छ ।

तपसिल

१. अनुसूची २ अनुसारको आवेदन फाराम ।
२. राष्ट्रिय परिचयपत्र नम्बर वा नेपाली नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी ।
३. सबै लक्षित समुहको हकमा अनुसूची ३ बमोजिमको स्व-घोषणा पत्र ।
४. ‘ग’ वर्ग अपाङ्गता भएका व्यक्तिले आफूले प्राप्त गरेको परिचय पत्र नयाँ वा नवीकरण भएको परिचयपत्रको प्रतिलिपी ।
५. महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविकाको हकमा परिचयपत्रको प्रतिलिपी अनिवार्य ।
६. बेपत्ता पिडित परिवारको हकमा बेपत्ता पारिएका व्यक्तिको छानबिन आयोगले तोकेको पत्र ।

सुरेश भुसाल

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची - १

स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम कार्यान्वयनको लागि लाभग्राही आवेदनको सूचना

सूचना । सूचना ॥ सूचना ॥

मिति :

रिब्दीकोट गाउँपालिकाको आ.व..... को आन्तरिक श्रोत अन्तर्गत स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा सहभागी हुन इच्छुक आवेदकको लागि यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ । यो सूचना प्रकाशन भएको मितिले १५ दिन भित्र तपशिल बमोजिमका कागजात समेत संलग्न राखी सम्बन्धित वडा कार्यालयमा पेश गर्नु हुन अनुरोध छ ।

तपशिल

१. अनुसूची २ अनुसारको आवेदन फाराम ।
२. राष्ट्रिय परिचयपत्र नम्बर/नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी ।
३. सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमा परिचयपत्रको प्रतिलिपी ।
४. बेपत्ता पारिएका व्यक्तिको हकमा छानबिन आयोगबाट प्रमाणित गरिएको परिपत्रको प्रतिलिपी ।
५. सबै लक्षित समुहका लागि अनुसूची ३ बमोजिमको स्व-घोषणा पत्र ।
६. 'ग' वर्ग अपाङ्गता भएका व्यक्तिले आफूले प्राप्त गरेको परिचयपत्र नयाँ वा नविकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी ।

.....
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत



प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची - २
बिमा लाभग्राही आवेदन फारम

मिति:-

श्रीमान् प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यू,
रिब्दीकोट गाउँकार्यपालिकाको कार्यालय, पाल्पा ।

रिब्दीकोट गाउँपालिकाको कार्यालय,
खर्कौली, पाल्पा
लुम्बिनी प्रदेश, नेपाल
२०७३

बिषय : स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम सम्बन्धमा ।

महोदय,
प्रस्तुत विषयमा रिब्दीकोट गाउँपालिकाको मितिमा प्रकाशित सूचना अनुसार निःशुल्क स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम मार्फत बिमा लाभग्राही हुनका लागि आफूलाई योग्य ठानी देहाय बमोजिमका कागजातहरु संलग्न राखी यो निवेदन पेश गरेको छु । मैले पेश गरेको सबै विवरण सही सत्य हुन् भन्ने ठहर गर्नुमा प्रचलित कानून बमोजिम सहुल्ला/बुझाउँला ।

आवेदकको			
नाम, थर:			
उमेर :			
स्थायी ठेगाना:			
टोल नं:			
वडा नं :			
बीमा सेवाग्राही/सदस्यहरुको नामावली			
सि.नं.	बीमा सेवाग्राहीहरुको पुरा नाम, थर	उमेर	आवेदकसँगको नाता
१			
२			
३			
४			
५			
६			
७			
८			
९			

क) नेपाली नागरिकता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि,

ख) स्थायी ठेगाना खुले कागजातहरु,

ग) सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमा गाउँपालिकाले जारी गरेको परिचयपत्र, बेपत्ता पारिएका व्यक्तिको हकमा छानबिन आयोगबाट प्रमाणित गरिएको परिपत्रको प्रतिलिपि तथा वडा कार्यालयको सिफारिश पत्र,

घ) सबै लक्षित समुहको लागि अनुसूची ३ बमोजिमको स्व-घोषणा पत्र,

ङ) 'ग' वर्ग अपाङ्गता भएका व्यक्तिको हकमा आफूले प्राप्त गरेको परिचयपत्र नयाँ वा नविकरण गरे पछिको प्रतिलिपि ।

निवेदकको नाम:

पद :

ठेगाना :

दस्तखत :

फोन नं. :



प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची - ३

स्व-घोषणा



रिब्दीकोट गाउँपालिकाले मिति गते प्रकाशित सूचना अनुसार निःशुल्क स्वास्थ्य विमा कार्यक्रममा सहभागी हुनको लागि मम.स्वा.स्वय.से./बेपत्ता पीडित परिवार/ / दलित / 'ग' वर्गको अपाङ्गता लक्षित वर्गमा परेको र नेपाल सरकारको कुनै पनि सार्वजनिक पदमा नरहेको, कुनै तलब वा पेनसन सुविधा प्राप्त नगरेको समेत स्व-घोषणा गर्दछु । अन्यथा प्रचलित ऐन कानून बमोजिम सहुला/बुझाउँला ।

दायाँ	बायाँ

नाम:

ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

दस्तखत:

तयार गर्ने:

नाम:-

पद:-वडा सचिव

दस्तखत:

रोहवर:

नाम:-

पद:-वडा अध्यक्ष

दस्तखत:

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत