

अनुसूचि ५
निशुल्क उपचार सेवा माग गर्ने बिरामी वा निजको आफन्तबाट प्राप्त गर्नुपर्ने विवरण
(दफा सँग सम्बन्धित)
काठमाडौं महानगरपालिका

१. बिरामीको व्यक्तिगत विवरण

क) नाम थर : ख) उमेर : ग) लिङ्ग : घ) बाबु/आमाको नाम :

ड) बिरामीको ठेगाना :

अ) जिल्ला :

आ) गाउँपालिका/ नगरपालिका:

इ) वार्ड नं. :

च) सम्पर्क टेलिफोन (भएमा):

छ) HMIS जातिगत समूह :

२. बिरामीका बारेमा थप विवरण

क) यस आ.व. भित्र निशुल्क उपचार सेवा प्रयोग गरिसकेको छ / छैन?

ख) बिरामी कुन लक्षित वर्ग भित्र पर्दछ, उपयुक्त कोठामा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

विपन्न

असहाय

वेवारिसे

आकस्मिक बिरामी

ग) लक्षित वर्ग प्रमाणित गर्ने आधिकारिक परिचयपत्र वा सिफारिस पत्रछ / छैन ?

३. बिरामीको आर्थिक अवस्था (उपयुक्त कोठामा चिन्ह लगाउनुहोस्)

क) बिरामी र उसको परिवारको आम्दानीको स्रोत :

क) कृषि तथा गैरकृषि अदक्ष ज्याला मजदुरी

ख) भारतमा कृषि तथा गैरकृषि सीपमुलक ज्याला मजदुरी

ग) कृषि

घ) नेपाल वा विदेशमा सरकारी तथा निजी संस्थामा नियमित नोकरी

ड) वन्द व्यापार वा व्यवसाय

च) मलेशिया वा अरव देशहरुमा वैदेशिक रोजगारी

छ) अन्य (तोक्नुपर्ने)

ख) बिरामीको आम्दानीका स्रोत, बिरामी त उनको लुगा,जुत्ता तथा गहना र शारीरिक अवस्था हेर्दा उनले दिएको उत्तर मेल नखाएमा आवश्यकताअनुसार थप प्रश्न गरी समग्रमा तपाईंलाई परेको छापका आभारमा बिरामी

अति गरीबमा पर्दछ

गरीबमा पर्दछ

गरीब भित्र पर्दैन

मैले आफ्नो र सिंगोको परिवारको आम्दानिबाट उपचार गराउन असमर्थ भएकोले सिफारिस भएको अस्पतालबाट उपलब्ध हुने निःशुल्क उपचार वा आशिक छुटको व्यवस्था गरी पाउँ । उपरोक्त व्यहोरा ठीक साँचो छ , भुट्टा ठहरेमा कानून बमोजिम सहुंला बुझाउँला ।

तयार गर्ने

नाम :

पद

दस्तखत

मिति

सिफारिस गर्ने

नाम :

पद

दस्तखत

मिति

.....
बिरामिको वा अभिभावकको दस्तखत

स्विकृत गर्ने

नाम :

पद

दस्तखत

मिति: