**अनुसूचि ५**

**निशुल्क उपचार सेवा माग गर्ने बिरामी वा निजको आफन्तबाट प्राप्त गर्नुपर्ने विवरण**

**(दफा सँग सम्बन्धित)**

काठमाडौँ महानगरपालिका

१. बिरामीको व्यक्तिगत विवरण

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

ङ) 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

विपन्न/आकस्मिक बिरामी

घ) लक्षित वर्ग प्रमाणित गर्ने आधिकारिक परिचयपत्र वा सिफारिस पत्र .....छ /छैन ?

३. बिरामीको आर्थिक अवस्था (उपयुक्त कोठामा चिन्ह लगाउनुहोस्)

क) बिरामी र उसको परिवारको आम्दानीको स्रोत : ☐

i) कृषि तथा गैरकृषि अदक्ष ज्याला मजदुरी ☐

ii) भारतमा कृषि तथा गैरकसषि सीपमुलक ज्याला मजदुरी ☐

iii) कृषि ☐

iv) नेपाल वा विदेशमा सरकारी तथा निजी संस्थामा नियमित नोकरी ☐

v) वन्द व्यापार वा व्यवसाय ☐

vi) मलेशिया वा अरव देशहरुमा बैदेशिक रोजगारी ☐

vii) 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 तपाईलाई परेको छापका आभारमा बिरामी

अति गरीबमा पर्दछ ☐ गरीबमा पर्दछ ☐ गरीब भित्र पदैनन् ☐

मैले आफ्नो र सिंगोको परिवारको आम्दानिबाट उपचार गराउन असमर्थ भएकोले यस अस्पतालबाट उपलब्ध हूने निःशुल्क उपचार वा आशिक छुटको व्यवस्था गरी पाउँ । उपरोक्त व्यहोरा ठीक साँचो छ , झुट्टा ठहरेमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

.....

बिरामिको वा अभिभावकको दस्तखत

| तयार गर्ने | सिफारिस गर्ने | स्विकृत गर्ने |
|---|---|---|
| नाम : | नाम : | नाम : |
| पद | पद | पद |
| दस्तखत | दस्तखत | दस्तखत |
| मिति | मिति | मिति: |