



कालिका नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

०६.१०.२०८०/८९

२६.१.२०६९



मिति : २०८०/०५/१०

निःशुल्क स्वास्थ्य बिमामा आबद्ध हुन आवेदन दिने बारे सुचना

कालिका नगरपालिकाको नगर प्रमुख बिपन्न स्वास्थ्य बिमा निर्देशक समितिको मिति २०८०/०५/०८ को बैठकको निर्णय अनुसार कालिका नगरपालिका भित्र स्थायी बसोबास गर्ने आर्थिक रुपमा बिपन्न रही स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा आबद्ध हुन चाहने नगरबासीलाई नगरपालिकाको तर्फबाट योगदान रकम सहयोग गरी कालिका नगर अस्पताललाई प्रथम सेवा बिन्दु कायम गरी स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा आबद्ध हुन चाहने घर परिवारले आफु र आफ्नो परिवार आर्थिक रुपमा बिपन्न रहेको **स्वघोसणा** गर्दै सम्बन्धित टोल बिकास सस्थाको सिफारिस साथ यसै सुचना संगै संलग्न अनुसूची - १ बमोजिमको ढाचामा सम्बन्धित वडा कार्यालयमा सुचना प्रकाशित भएको मितिले १५ दिन भित्र आवेदन गर्नुहुन जानाकारी गराइन्छ ।

आवेदकहरुले स्वघोसणा गर्दा तल उल्लेखित शर्तहरुको आधारमा रही गर्नुपर्ने छ

- परिवारको सदस्य सरकारी सेवामा नरहेको,
- अन्य कुनै कार्यक्रमबाट बीमा सुविधा नलिएको,
- परिवारको कुनै सदस्य बैदेशिक रोजगारी वा विदेशमा बसोबासमा नगरेको,
- परिवारको सदस्य दक्ष श्रम गर्ने नियमित प्रकृतिको अस्थायी जागिरमा नरहेको,
- घरघडेरी बाहेक पाँच कठ्ठा भन्दा बढी जग्गा जमिन नरहेको

बोधार्थ तथा कार्यार्थ

श्री वडा कार्यालयहरु सबै, कालिका नगरपालिका चितवन

श्री सबै टोल बिकास सस्थाका अध्यक्षहरु, कालिका नगरपालिका चितवन

Handwritten signature
२०८०/०५/१०
रामप्रसाद अधिकारी
अधिकृत सातौँ



कालिका नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

प. ६-२०८०/८१

२०८०/८१

रैबुङ स्वास्थ्य चितवन
बसोबास प्रदेश नेपाल
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल
२०७३

मिति : २०८०/०५/१०

निःशुल्क स्वास्थ्य बिमामा आबद्ध हुन आवेदन दिने बारे सुचना

कालिका नगरपालिकाको नगर प्रमुख बिपन्न स्वास्थ्य बिमा निर्देशक समितिको मिति २०८०/०५/०८ को बैठकको निर्णय अनुसार कालिका नगरपालिका भित्र स्थायी बसोबास गर्ने आर्थिक रुपमा बिपन्न रही स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा आबद्ध हुन चाहने नगरबासीलाई नगरपालिकाको तर्फबाट योगदान रकम सहयोग गरी कालिका नगर अस्पताललाई प्रथम सेवा बिन्दु कायम गरी स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रममा आबद्ध हुन चाहने घर परिवारले आफु र आफ्नो परिवार आर्थिक रुपमा बिपन्न रहेको स्वघोसणा गर्दै सम्बन्धित टोल बिकास सस्थाको सिफारिस साथ यसै सुचना संगै संलग्न अनुसूची - १ बमोजिमको ढाचामा सम्बन्धित वडा कार्यालयमा सुचना प्रकाशित भएको मितिले १५ दिन भित्र आवेदन गर्नुहुन जानाकारी गराइन्छ ।

आवेदकहरुले स्वघोसणा गर्दा तल उल्लेखित शर्तहरुको आधारमा रही गर्नुपर्ने छ

- परिवारको सदस्य सरकारी सेवामा नरहेको,
- अन्य कुनै कार्यक्रमबाट बीमा सुविधा नलिएको,
- परिवारको कुनै सदस्य बैदेशिक रोजगारी वा विदेशमा बसोबासमा नगरेको,
- परिवारको सदस्य दक्ष श्रम गर्ने नियमित प्रकृतिको अस्थायी जागिरमा नरहेको,
- घरघडेरी बाहेक पाँच कठ्ठा भन्दा बढी जग्गा जमिन नरहेको

बोधार्थ तथा कार्यार्थ

श्री वडा कार्यालयहरु सबै, कालिका नगरपालिका चितवन

श्री सबै टोल बिकास सस्थाका अध्यक्षहरु, कालिका नगरपालिका चितवन

[Signature]
२०८०/०५/१०
रामप्रसाद अधिकारी
जम्बुदत्त सातौं

अनुसूची-१
(दफा ३ को उपदफा (२) को प्रयोजनको लागि)

मिति:

श्रीमान् वडा अध्यक्षज्यू,
..... नं. वडा कार्यालय, कालिका नगरपालिका, चितवन ।

विषय: नगर प्रमुख विपन्न स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गरिपाउँ ।

हामी देहायका परिवार यसै वडाकोटोलमा स्थायी रूपमा बसोबास गर्दै आएका छौ । हाम्रो परिवारको आर्थिक तथा सामाजिक स्थिति कमजोर रहेकाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा विमितको तर्फबाट गर्नुपर्ने योगदान रकम तिर्न असमर्थ भएको स्वघोषणा गर्दै नगर प्रमुख विपन्न स्वास्थ्य बीमा सहयोग कार्यक्रम मार्फत स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध गरिदिनुहुन यो निवेदन गर्दछौ । झुठा विवरण पेश गरेको वा आर्थिक सामाजिक अवस्था बारे अन्यथा प्रमाणित भएमा सहुँला बुझाउँला ।

देहाय:-

नोट: चालु अवधिमा स्वास्थ्य विमा कार्यक्रममा आवद्ध रहेको बीमा बहाल अवधि कैफियत खण्डमा खुलाउने ।

क्र.सं.	नामथर	नाता	बाजे	आमा / बुवा	जन्ममिति	नागरिकता नं.	जारी जिल्ला	मोबाइल नं.	कै
१		घरमुली							
२									
३									
४									
५									

संलग्न:

नागरिकताको फोटोकपी- थान २/ पासपोर्ट साइजको फोटो थान २/प्रति व्यक्ति
स्थायी बसाईसराई दर्ता प्रमाणपत्र थान २

निवेदकको नाम थर र दस्तखत

टोल विकास संस्थाको तर्फबाट:

उपरोक्त आवेदक र निजको परिवार संख्या....जना यस टोलमा स्थायी बसोबास गर्दै आइरहेको र निजहरूको आर्थिक सामाजिक अवस्था कमजोर रहेको व्यहोरा सिफारिस गर्दछु ।

अध्यक्ष

.....

.....टोल विकास संस्था