

अनुसूचि २
(दफा ४ उप दफा (१) सँग सम्बन्धित)
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यू ,

बेनी नगरपालिका, नं. वडा कार्यालय, म्याग्दी ।

देहाय बमोजिम विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधि उपचार सहूलियतका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१. वैयक्तिक

विरामीको नाम :

उमेर :

लिङ्ग :

स्थायी ठेगाना :

जिल्ला :

पालिका :

वडा नं. :

अस्थायी ठेगाना

जिल्ला :

पालिका :

वडा नं. :

जातीगत विवरण (ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य) :

परिवार संख्या :

२. आय स्रोत (पेशा, व्यवसाय, रोजगारी(स्वदेशी/विदेशी), परम्परागत कृषि) :

अनुमानित मासिक आय :

३. जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत) :

भौतिक संरचना (घर/टहरा आदिको संस्था, कच्ची/पक्की) :

सवारी साधन :

सुन चाँदी :

बैंक मौज्जात :

नगद :

४. विरामीको रोगको किसिम (मुटु रोग/मृगौला रोग/क्यान्सर/पार्किन्सन्स/अल्जाइमर/हेड इन्जुरी/स्पाइनल इन्जुरी/सिकलसेल एनिमिया) :

५. सम्लग्न कागजातहरु :

क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी

ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन

६. उपचार सहूलियतका लागि सिफारिश माग गरेको अस्पताल :

७. सिफारिसको व्यहोरा :

उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो भुठ्ठा ठहरे सहुँला बुझाउला

निवेदकको नाम :

ठेगाना :

दस्तखत :

मिति :

सम्पर्क नं. :

सिफारिस गर्ने

नाम :

पद :

दर्जा :

मिति :

कार्यालयको छाप :