

अनुसूचि २

(दफा ४ उप दफा(१) संग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान अध्यक्षज्यू,

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

१	वैयक्तिक: विरामीको नाम उमेर लिंग: ठेगाना:स्थायी जिल्ला: पालिका: वडा नं. अस्थाई जिल्ला: पालिका: वडा नं. जातीगत विवरण:ब्राम्हण / क्षेत्री/ आदिवासी/ जनजाती / दलित / अल्पसंख्यक / अन्य परिवार संख्या	
२	आय स्रोत:पेशा र व्यवसाय: - परम्परागत कृषि: - रोजगारी (स्वदेशी/ बिदेशी) उद्द्यम / व्यवसाय: अनुमानित मासिक आय:	
३	- जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत) - भौतिक संरचना: (घर / टहरा आदिको संख्या: कच्ची: / पक्की:) - सवारी साधन: - बैंक मौज्जात: - सुन चाँदी: - नगद:	
४	विरामीको रोगको किसिम:मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया	
५	सम्लग्न कागजातहरु:(क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी (वालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी) (ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन	
६	उपचार सहूलियतका लागी सिफारिश माग गरेको अस्पताल:	



७	<p>उपर्युक्त बमोजिमको ब्यहोरा साचो हो झुठा ठहरे सहुला बुझाउला । निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.</p>	
८	<p>सिफारिसको ब्यहोरा: सिफारिस गर्ने नाम: पद दर्जा: मिति: कार्यालयको छाप:</p>	

