

अनुसूचि - २

(दफा ४ उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यू,

..... ।

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

१	वैयक्तिक: विरामिको नाम: उमेर: लिंग: ठेगाना: स्थायी जिल्ला: पालिका: वडा नं.: अस्थायी जिल्ला: पालिका: वडा नं.: जातिगत विवरण: ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाति/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्या	
२	आयस्रोत: पेशा र व्यवसाय: - परम्परागत कृषि: - रोजगारी (स्वदेशी/विदेशी) उद्यम/व्यवसाय: अनुमानित मासिक आय:	
३	- जग्गा जमिन(क्षेत्रफल र स्थान समेत): - भौतिक संरचना (घर टहरा आदिको संख्या): कच्ची/पक्की: - सवारी साधन: बैंक मौज्दात: - सुनचाँदी: नगद:	
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया	
५	संलग्न कागजातहरू (क) विरामीको नागरीकताको प्रतिलिपि(बालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि) (ख) रोग निदान भएको प्रिस्कपसन	
६	उपचार सहूलियतका लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल:	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो झूटा ठहरे सहुंला बुझाउँला । निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.:	
८	सिफारिसको व्यहोरा: सिफारिस गर्नेको नाम: पद: दर्जा: मिति: कार्यालयको छाप:	