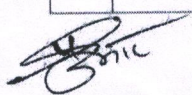


अनुसूचि २
(दफा ४ उप दफा (१) संग सम्बन्धित)
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान् 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. अस्थायी 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/ 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: 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 (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी) (ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन	



६	उपचार सहूलियतका लागी सिफारिश माग गरेको अस्पताल:	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साचो हो झुठा ठहरे सहुला बुझाउला । निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.	
८	सिफारिसको व्यहोरा: सिफारिस गर्ने नाम: पद दर्जा: मिति: कार्यालयको छाप:	

