

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

श्रीमान अध्यक्ष ज्यू,

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

१	वैयक्तिक : विरामीको नाम : उमेर : लिंग : ठेगाना : स्थायी जिल्ला : पालिका : वडा न : अस्थायी जिल्ला : पालिका : वडा न : जातीगत विवरण : ब्राह्मण / क्षेत्री / 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	संलग्न कागजातहरु : (क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी) (ख) रोग निदान भएको प्रेस्कृपसन	
६	उपचार सहूलियतका लागी सिफारिश माग गरेको अस्पताल :	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा सांचो हो भुठ्ठा ठहरे सहुला बुझाउँला। निवेदकको नाम : ठेगाना : दस्तखत : मिति : सम्पर्क नं. :	
८	सिफारिसको व्यहोरा : सिफारिस गर्ने नाम : पद : दर्जा : मिति : कार्यालयको छाप :	