

विपन्न नागरिक औषधि उपचार कोष निर्देशिका, २०७५

अनुसूचि २

(दफा ४ उप दफा (१) संग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फारम

माईजोगमाई गाउँपालिका

वडा नं. को कार्यालय

.....

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यू ।

.....

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

१	वैयक्तिक: विरामीको नाम..... उमेर..... लिंग: ठेगाना: स्थायी जिल्ला:..... पालिका:माईजोगमाई वडा नं. अस्थाई जिल्ला: पालिका: वडा नं. जातीगत विवरण: ब्राम्हण/ क्षेत्री/ आदिवासी/ दलित/ अल्पसंख्यक / अन्य परिवार संख्या:	
२	आय स्रोत: पेशा र व्यवसाय: -परम्परागत कृषि:..... -रोजगारी (स्वदेशी/ विदेशी) उद्यम/ व्यवसाय:..... अनुमानित मासिक आय:.....	
३	जग्गा जमित (क्षेत्रफल र स्थान समेत) - भौतिक संरचना: (घर/ टहरा आदिको संख्या: कच्ची: / पक्की: -सववारी 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 लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल:	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साचो हो झुटा ठहरे सहंला बुझाउला । निवेदकको नाम:..... ठेगाना:..... दस्तखत:..... मिति:..... सम्पर्क नं.	
८	सिफारिसको व्यहोरा: सिफारिस गर्ने नाम:..... पद:..... दर्जा:..... मिति:..... कार्यालयको छाप:	