

अनुसूची-३

(दफा ५ उपदफा (२) संग सम्बन्धित)

बिपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान् अध्यक्षज्यू,

मकवानपुरगढी गाउँपालिका, वडा नं.

देहाय बमोजिमको विवरण भरी बिपन्न नागरिक औषधि उपचार सहूलियतका लागि अनुरोध गर्दछु।

१	व्यक्तिगत विवरण : विरामीको नाम: उमेर : लिंग : ठेगाना: स्थायी: प्रदेश: जिल्ला: गाउँपालिका: वडा नं.: अस्थायी: प्रदेश: जिल्ला: गाउँपालिका: वडा नं.: जातिगत विवरण: ब्राम्हण/क्षेत्री/आदीवासी/जनजाती/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्या:	
२	आय श्रोत: पेशा व्यवशाय: - परम्परागत कृषि - रोजगारी (स्वदेशी/विदेशी) - उद्यम/ व्यवशाय अनुमानित पारिवारिक 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, सिकलसेल एनिमिया रोग	
५	संलग्न कागजातहरु: (क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि(बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि) (ख) रोग निदान भएको प्रमाणित कागजात	
६	उपचार सहूलियतका लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल: 	
७	उपरोक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो, झुठा ठहरे सहुँला बुझाउँला। निवेदकको नाम: विरामीसंगको नाता: ठेगाना: मिति: दस्तखत: सम्पर्क नं.:	
८	सिफारिसको व्यहोरा: सिफारिस गर्ने नाम: पद: दर्जा: मिति: कार्यालयको छाप:	