

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको / डायलाइसिस गराइरहेको /
क्यान्सर रोग / मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति :.....

श्री गाउँपालिका / नगरपालिका / उपमहानगरपालिका / महानगरपालिका
.....।

विषय :- प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा गाउँपालिका / नगरपालिका / उपमहानगरपालिका / महानगरपालिका
..... वडा नं. गाउँ / टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको
..... राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं. /जन्मदर्ता प्रमाण पत्र नं.(१६ वर्ष भन्दा कम
उमेरको हकमा) सम्पर्क नं. भएको श्रीको
.....सालमहिना.....गते श्री
अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको /डायलाइसिस गराइरहेको /क्यान्सर रोग निदान भएको /मेरुदण्ड पक्षघात निदान
भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जा /कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको :

दस्तखत :

पुरा नाम थर :

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं. :

संस्थाको छाप :

अनूसूची-२
(दफा ३ सँग सम्बन्धि)

मिति :

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडा अध्यक्ष ज्यू,

वडा नं. टोल..... बहुदरमाई नगरपालिका जिल्ला पर्सा प्रदेश मधेश

उपरोक्त सम्बन्धमा बहुदरमाई नगरपालिका को वडा नं. टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर
..... वर्षकोराष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्म दर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष
भन्दा कम उमेरको हकमा)सम्पर्क नं. भएको म मृगौला प्रत्यारोपण
गरेको / डायलाइसिस गराइरहेको /क्यान्सर रोग निदान भएको / मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले
सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन
पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो झुठ्ठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला ।

निवेदक:

हस्ताक्षर

नाम थर लिङ्ग:

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता नं./ जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं.

बैंकखाता नं.

बैंकको नाम: शाखा

सम्पर्क मोबाइल नं.

(दफा ४ उप दफा (१) सँग सम्बन्धित)
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यू ,

बहुदरमाई नगरपालिका, नं. वडा कार्यालय, पर्सा ।

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

१. वैयक्तिक

विरामीको नाम :

उमेर :

लिङ्ग :

स्थायी ठेगाना :

जिल्ला :

पालिका :

वडा नं. :

अस्थायी ठेगाना

जिल्ला :

पालिका :

वडा नं. :

जातीगत विवरण (ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य) :

परिवार संख्या :

२. आय स्रोत (पेशा, व्यवसाय, रोजगारी(स्वदेशी/विदेशी), परम्परागत कृषि) :

अनुमानित मासिक आय :

३. जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत) :

भौतिक संरचना (घर/टहरा आदिको संस्था, कच्ची/पक्की) :

सवारी साधन :

सुन चाँदी :

बैंक मौज्जात :

नगद :

४. विरामीको रोगको किसिम (मुटु रोग/मृगौला रोग/क्यान्सर/पार्किन्सन्स/अल्जाइमर/हेड इन्जुरी/स्पाइनल इन्जुरी/सिकलसेल एनिमिया) :

५. सम्लग्न कागजातहरु :

क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी

ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन

६. उपचार सहूलियतका लागि सिफारिश माग गरेको अस्पताल :

७. सिफारिसको व्यहोरा :

उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो भुठ्ठा ठहरे सहुला बुझाउला

निवेदकको नाम :

ठेगाना :

दस्तखत :

मिति :

सम्पर्क नं. :

सिफारिस गर्ने

नाम :

पद :

दर्जा :

मिति :

कार्यालयको छाप :