

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

श्रीमान अध्यक्षज्यू,
रामनगर गाउँपालिकाको कार्यालय
रामनगर सर्लाही ।

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

१.	<p>व्यक्तिगत :</p> <p>विरामीको नाम : उमेर : लिंग :</p> <p>ठेगाना : स्थायी जिल्ला : पालिका : वडा नं.:</p> <p>अस्थायी: जिल्ला : पालिका : वडा नं.</p> <p>जातीगन विवरण : ब्राम्हण / क्षेत्री / आदिवासी / जनजाती / दलित / अल्पसंख्यक / अन्य</p> <p>परिवार संख्या :</p>
२	<p>-आय श्रोत:पेशा र व्यवसाय :</p> <p>-परम्परागत कृषि :</p> <p>-रोजगारी (स्वदेशी/विदेशी)</p> <p style="text-align: center;">उद्यम / व्यवसाय : अनुमानित मासिक आय :</p>
३	<p style="text-align: center;">जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत)</p> <p>- भौतिक संरचना : (घर/टहरा आदिको संख्या : कच्ची: / पक्की:)</p> <p>- सवारी साधन :</p> <p>- बैंक मौज्दात :</p> <p>- सुन चाँदी :</p> <p>- नगद :</p>
४	<p>विरामीको रोगको किसिम : मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया</p>
५	<p>संलग्न कागजातहरु : (क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी -बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी) (ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन</p>
६	<p>उपचार सहूलियतको लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल :</p>
७.	<p>उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साचो हो भुटा ठहरे सहुला बुझाउला ।</p> <p>निवेदकको नाम : मिति :</p> <p>ठेगाना : सम्पर्क नं.</p> <p>दस्तखत :</p>
८.	<p>सिफारिसको व्यहोरा :</p> <p>सिफारिस गर्ने</p> <p>नाम :</p> <p>पद :</p> <p>दर्जा :</p> <p>मिति :</p> <p>कार्यालयको छाप :</p>