

अनुसूची ३  
( दफा ४ उप दफा (१) संग सम्बन्धित)  
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यु,

.....पालिका, वडा नं.....

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

१	<b>व्यक्तिगत विवरण :</b> विरामीको नाम : ..... उमेर : ..... लिंग : ..... ठेगाना : स्थाई : प्रदेश.....जिल्ला.....पालिका.....वडा नं..... अस्थाई : प्रदेश.....जिल्ला.....पालिका.....वडा नं..... जातिगत विवरण : ब्राह्मण /क्षेत्री /आदिवासी /जनजाती/ दलित /अल्पसंख्यक /अन्य परिवार संख्या.....
२	<b>आय स्रोत</b> पेशा व्यवसाय: ..... अनुमानित पारिवारिक मासिक आय..... -परम्परागत कृषि -रोजगारी( स्वदेशी /विदेशी ) - उद्यम / व्यवसाय.
३	- जग्गा जमिन ( क्षेत्रफल र स्थान समेत )..... - भौतिक संरचना:(घर / टहरा आदिको संख्या .....कच्ची /पक्की - सवारी साधन ..... सुन चाँदी ..... बैंक मौज्दात..... नगद.....
४	<b>विरामीको रोगको किसिम :</b> मुटु रोग , मृगौला रोग , क्यान्सर , पार्किन्सन्स, अल्जाइमर , हेड इन्जुरी , स्पाइनल इन्जुरी सिकलसेल एनिमिया
५	<b>संलग्न कागजातहरू:</b> (क) बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि ( बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि) (ख) रोग निदान भएको प्रमाणित कागजात
६	<b>उपचार सहूलियाका लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल .....</b>
७	<b>उपरोक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो , झुठा ठहरे सहुला बुझाउँला ।</b> निवेदकको नाम : ..... विरामीको संगको नाता : .....दस्तखत : ..... ठेगाना:..... सम्पर्क नं. ....
८	<b>सिफारिसको व्यहोरा :.....</b>
९	<b>सिफारिस गर्ने</b> नाम : ..... पद : ..... दर्जा : ..... मिति : ..... कार्यालयको छाप