

(दफा ४ उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान अध्यक्ष ज्यू

देहाय बमोजिम विवरण भरि विपन्न नागरिक औषधी सहूलियतका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१	वैयक्तिक: विरामीको नाम:-उमेर:- लिंग:-..... ठेगाना:- स्थायी जिल्ला:..... पालिका:- वडा नं.:- अस्थाई:-जिल्ला:- पालिका:- वडा नं.:- जातीय विवरण: ब्राहमण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती /दलित/अल्प संख्यक/ अन्य परिवार संख्या:	
२	आय स्रोत पेशा र व्यवसाय: - परम्परागत कृषि:- - रोजगारी (स्वदेशी/विदेशी) उद्यम /व्यवसाय: अनुमानित मासिक आय:	
३	जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत) -भौतिक संरचना:(घर/ टहरा आदिको संख्या: कच्ची/ पक्की) - सवारी साधन: -बैङ्क मौजदात: -सुन चाँदी: - नगद:	
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी, सिकलसेल एनिमिया	
५	संलग्न कागजातहरु: क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी) (ख) रोग निदान भएको प्रस्कीप्सन	
६	उपचार सहूलियतका लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल:	
७	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साचो हो भुठा ठहरे सहुला बुझाउला । निवेदकको नाम :- ठेगाना :- दस्तखत: मिति:- सम्पर्क नं.:-	
८	सिफारिसको व्यहोरा: सिफारिस गर्ने नाम: पद: दर्जा: मिति: कार्यालयको छाप:	