

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

श्रीमान् अध्यक्षज्यू

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

१.	वैयक्तिकः विरामीको नाम : उमेर : लिंग : ठेगाना : स्थायी जिल्ला: पालिका: वडा नं.: अस्थाई जिल्ला : पालिका: वडा नं.: जातीगत विवरण : ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाती/दलित/अल्पसंख्यक/अन्य परिवार संख्या:	
२.	आय स्रोत: पेशा र व्यवसाय : परम्परागत कृषि : रोजगारी : (स्वदेशी/बिदेशी): उद्यम/व्यवसाय : अनुमानित 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, पार्किन्सनस, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया	
५.	संलग्न कागजातहरू : (क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि) (ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिपसन	
६.	उपचार सहूलियतको लागि सुफारिस माग गरेको अस्पताल:	
७.	उपर्युक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो भुठा ठहरे सहुँला बुझाउँला । निवेदकको नाम : ठेगाना : दस्तखत: मिति : सम्पर्क नं.:	
८.	सिफारिसको व्यहोरा : सिफारिस गर्ने : नाम : पद : दर्जा : मिति : कार्यालयको छाप :	