



बिदेशबाट नेपाल फर्कने व्यक्तिले भर्नुपर्ने फारम

International Traveller Arrival Form

यो फारम यस प्रवेशद्वारको माध्यमबाट यस देशमा प्रवेश गर्ने यात्रुहरूको महत्वपूर्ण सूचनाहरू प्राप्त गर्नका लागि हो। यो जानकारी नेपाल सरकारद्वारा लागू राष्ट्रिय कानून बमोजिम प्रयोग गरिनेछ।

यदि तपाईंलाई सहयोग चाहिएको छ भने अधिकारीलाई सोध्नु होस्।

Arrival Date आगमन मिति(साल/महिना/ गते) **२०२१-१०-२८ गते । BY FLIGHT**

१.	उडान/वस नं. Flight No:		QR 648		सिट नं. Seat No:			
	१.१	नाम First Name	UJJWAL		१.२	थर Last Name	GAUTAM	
	१.३	लिंग Sex	पुरुष (Male) <input checked="" type="checkbox"/> महिला (Female) <input type="checkbox"/> अन्य (Other) <input type="checkbox"/>		१.४	नागरिकता Citizenship	नेपाली (Nepali) <input checked="" type="checkbox"/> अन्य (Other)	
	१.५	जन्म मिति (साल/ महिना/गते) Date of Birth (YY/MM/DD)	1997-01-11		१.६	राहदानी (Passport)/ नागरिकता नं. (Citizenship)	०८७९१७१७ (राहदानी)	क जारी मिति Issue Date २०१५-०५-१५ ख जिल्ला District मोरङ
	१.७	नेपालमा रहने ठेगाना Address in Nepal	प्रदेश Province	जिल्ला District	न.पा./गा.पा. Municipality/Village	वडा नं. Ward No.	गाँउ टोल Town/Village	
	१.८	नेपाल फर्के पछि रहने स्थान Stay Address After Returning to Nepal	प्रदेश Province	जिल्ला District	न.पा./गा.पा. Municipality/Village	वडा नं. Ward No.	गाँउ टोल Town/Village	होटल Hotel
	१.९	नेपालमा सम्पर्क नं. Contact Details in Nepal	१.९.१	आफ्नो (मो/टेलिफोन नं.) Personal Contact No.	९७७९८२४९६०४९८		ईमेल Email	ujjwalgautam00@gmail.com
	१.९.२	श्रीमान/श्रीमती/ अभिभावकको Husband/Wife/Guardian	नामथर Full Name			सम्बन्ध Relation	सम्पर्क नं. Contact No.	
	१.९.३	नजिकको सम्पर्क व्यक्तिको Close Contact Person	नामथर Full Name	Nuna Neupane		सम्बन्ध Relation	FRIEND	सम्पर्क नं. Contact No. ९७७९८२४९६०४९८
	२	पारिवारिक विवरण Family Details	२.१	बुबाको नाम थर Father's Full Name			२.२	आमाको नामथर Mother's Full Name
२.३			श्रीमान/श्रीमतीको नामथर Spouse's Full Name			२.४	अभिभावकको नामथर Guardian's Full Name	
३	यात्राको विवरण (गत ३० दिनको) Travel History (Past 30 Days)							
	बाट From	सम्म To	यात्रा को माध्यम Mode of Travel		उडान/गाडी नं. Flight/Vehicle No.	मिति Date		

	1							
४	हाल रहेको देशको विवरण Current Resident Country	४.१	देशको नाम Country Name	United States	४.२	रहेको शहर Current City	Honolulu	
		४.३	आउने कारण Reason For Return	विवाह	४.४	पछिल्लो पटक बसेको अवधि Duration Of Last Stay		
		४.५	विदेशमा गरेको काम Work Details	कार्य/जिम्मेवारी Work/Responsibility				अनुभव (वर्ष) Work Experience (Years)
				१.				
५	कारेन्टाईन सम्बन्धि विवरण Quarantine Details	५.१	नेपाल पुगेपछि १० दिन कारेन्टाईनमा बस्नु पर्ने बारे जानकारी हुनु हुन्छ Are You Aware That You Have To Be Quarantined For 10 Days After Returning To Nepal?				छ (Yes) <input checked="" type="checkbox"/>	छैन (No) <input type="checkbox"/>
			५.२	ईच्छाईएको कारेन्टाईन Types of Quarantine कुनै एकमा (✓) चिन्ह लगाउनु होस Mark (✓) Any One	आफ्नै खर्चमा होटल कारेन्टाईन Self Paying Hotel Quarantine (Hotel Name:NA- Contact No.:NA)		<input type="checkbox"/>	
		स्थानिय तहले व्यवस्थापन गरेको कारेन्टाईन Quarantine Facility Provided By Local Government			<input type="checkbox"/>			
		होम कारेन्टाईन Home Quarantine			<input checked="" type="checkbox"/>			

स्वास्थ्य विवरण Health Information									
६.१	पहिला कोभिड-१९ बाट संक्रमित हुनु भएको Have You Tested Positive For COVID 19 ?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>		छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
६.२	पछिल्लो एक महिना यता कुनै स्वास्थ्य समस्या रहेको Any Health Issues For The Past One Month?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>		छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
६.३	कोभिड-१९ को लागी ल्याब परीक्षण गर्नु भएको Any Laboratory Tests Conducted For COVID-19					छ (Yes) <input checked="" type="checkbox"/>		छैन (No) <input type="checkbox"/>	
	६.३.१	ल्याब परीक्षण गरेको भए, परीक्षण विधि Which Laboratory Test Has Been Conducted For You?		RDT <input checked="" type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>		FTF <input type="checkbox"/>		OTHER <input type="checkbox"/>
	६.३.२	परीक्षण गरेको भए मिति Test Date	2021-10-24	६.३.३	नतिजा Result	Positive <input type="checkbox"/>		Negative <input checked="" type="checkbox"/>	
६.३.४	पहिलो कोभिड खोप लगाएको कम्पनीको नाम: First Covid Vaccination Company:	PFIZER	2021-05-13	दोस्रो कोभिड खोप लगाएको कम्पनीको नाम: Second Covid Vaccination Company:	PFIZER	2021-06-03			
	हाल निम्न मध्येका लक्षण भए (✓) चिन्ह लगाउनु होस Mark (✓) If You Are Suffering From Following Symptoms								
	६.४.१	ज्वरो (38° C/100.4° F भन्दा बढि तापक्रम) Fever (More Than 38° C/100.4° F)						छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.२	खोकी Cough						छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.३	स्वास फेर्न गाह्रो हुने Difficulty In Breathing						छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.४	थकान महसुस हुने Fatigue						छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input type="checkbox"/>

६.४	६.४.५	पखाला लाग्ने Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.६	बान्ता हुने Vomiting	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.७	रक्तश्राव हुने Bleeding	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.८	दाग देखिने Rashes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.९	टाउको दुख्ने Headache	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.१०	गन्ध नपाउने Loss of Smell	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.४.११	घाँटी दुख्ने र रुघा Sore Throat and Running Nose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
६.५	६.५.१	पछिल्लो १४ दिनमा स्वासप्रश्वास सम्बन्धि समस्या भएका व्यक्तिसंग सम्पर्कमा आउनु भएको Have You Come In Contact With Patients Showing Symptoms Of Breathing Difficulties In The Past 14 Days?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.५.२	सिकिस्त बिरामी वा कारण पत्ता नलागी मृत्यु भएका व्यक्तिलाई हेरचाह गर्नु भएको Have You Recently Attended To Any Sick People Or Been In Contact With Any Person Dying Of Unknown Causes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.५.३	कुनै शवलाई छुनु वा शव दहन स्थलमा जानु भएको Have You Recently Been In Contact With A Dead Body Or Attended A Funeral?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
६.६	६.६.१	कुनै पनि दिर्घ रोगको निरन्तर औषधी सेवन गरिरहनु भएको Are You Under Medication For Any Chronic Medical Condition/ Disease?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	६.६.२	दिर्घ रोगको जानकारी भएमा रोगको नाम Please Specify Any Chronic Condition You Have		

स्वघोषणा (Self-Declaration)

- उपरोक्त सबै विवरण ठिक छ झुटो ठहरे कारवाही भोग्न तयार छु।
All the above details are correct and I am ready to face false action.
- क्वारेन्टाइनमा रहँदा सरकारबाट जारी स्वास्थ्य निर्देशनको पालना गर्नेछु।
While in Quarantine, I will follow the health guidelines issued by the government of Nepal.
- मेरो कारणबाट परिवार र समाजमा यो रोग न फैलोस र यो रोगबाट आफू
I will follow all the rules of discipline to save myself, my family and my country from this disease so that this disease does not spread in my family and society. ,
- परिवार र देशलाई बचाउन अनुसासनका सबै नियमहरु हुवहु पालना गर्नेछु।
I will follow all the rules and regulations to protect my family and my country.
- आफ्नै खर्चमा होटल क्वारेन्टाइनमा रहँदा होटलको लागेको खर्च म आफूले नै व्यहोर्ने छु।
I will bear the hotel expenses myself while staying in the hotel quarantine at my own expense.



ID: 822893

निवेदक	
हस्ताक्षर	
नाम थर	UJJWALGAUTAM
मिति	2021-10-26 11:38:11
फोन नं.	9779824960498

प्रत्येक यात्रुले पूर्णरूपमा यो फाराम भरि त्रिभुवन अन्तराष्ट्रिय विमानस्थलको Arrival वा Point of Entry मा रहेको हेल्थ डेस्कमा अनिवार्य रूपमा बुझाउनु पर्नेछ।
Each passenger must complete this form and submit it to the Health Desk at Arrival or Point of Entry of Tribhuvan International Airport.

- नियमित साबुन पानीले हात धुने/स्यानिटाइजर प्रयोग गर्ने बानी बसालौं। Get in the habit of washing your hands regularly with soap and water using a sanitizer.
- मास्कको प्रयोग गरौं। Please Use a mask.
- खोक्दा हवाच्छु गर्दा मास्क/कुहिनोले नाक, मुख छोप्ने गरौं। When coughing, cover your nose and mouth with a mask or elbow.
- सामाजिक दुरी कायम गरौं। Please maintain social distance.

आफु मात्र हैन, अरुलाई पनि सुरक्षित राख्ने हाम्रो जिम्मेवारी हो। It is our responsibility to protect not only ourselves but also others.

सहयोगको लागि धन्यवाद !!! Thanks for the support !!!

सहयोगको लागि सम्पर्क Contact for assistance

इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा टेकु, काठमाण्डौ

फोन नं.01-4255796 (समय: 1000-1700) ईमेल: ewarsedcd@gmail.com अथवा कल सेन्टर नं.१११५ (Toll Free), Facebook:

www.facebook.com/edcdnepal