

अनुसूचि २

(दफा ४ उप दफा (१) संग सम्बन्धित)

विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान अध्यक्षज्यू

.....

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

१	<p>वैयक्तिकः विरामीको नाम</p> <p>उमेर</p> <p>लिंगः</p> <p>ठेगानाः स्थायी जिल्लाः</p> <p>पालिका</p> <p>वडा नं</p> <p>अस्थाई जिल्लाः</p> <p>पालिकाः</p> <p>वडा नं.</p> <p>जातीगत विवरणः ब्राम्हण /क्षेत्री/आदिवासी/ जनजाती/दलित/ अल्पसंख्यक/ अन्य परिवार संख्या</p>	
२	<p>आय स्रोतः पेशा र व्यवसायः</p> <p>परम्परागत कृषिः</p> <p>रोजगारी(स्वदेशी/बिदेशी)</p> <p>उद्यम/व्यवसायः</p> <p>अनुमानित मासिक आयः</p>	
३	<p>जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत)</p> <p>भौतिक संरचनाः ( घर /टहरा आदिको संख्याः कच्ची/ पक्कीः)</p> <p>सवारी साधनः</p> <p>बैंक मौज्दातः</p> <p>सुन चाँदीः</p> <p>नगदः</p>	
४	<p>विरामीको रोगको किसिमः मुटु रोग , मृगौला रोग , क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी , स्पाइनल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया</p>	
५	<p>सम्लग्न कागजातहरुः (क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी ( वालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी) (ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन</p>	

