

**घरपझोड गाउँपालिका**  
**विपन्न नागरिक औषधी उपचार कोष निर्देशिका- २०७५ को अनुसूची**  
**(दफा ३, उपदफा ५ खण्ड (ख) सँग सम्बन्धित)**

श्रीमान् अध्यक्षज्यू,  
 ..... नं. वडा कार्यालय, घरपझोड गा.पा. ।

देहाय बमोजिमको विवरण भरी विपन्न औषधी उपचार सहूलियतका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१	वैयक्तिक बिरामीको नाम थर:..... उमेर..... लिङ्ग..... ठेगाना: स्थायी: जिल्ला मुस्ताङ पालिका: घरपझोड गा.पा. वडा नं..... गाउँ: .... अस्थायी: जिल्ला मुस्ताङ पालिका: घरपझोड गा.पा. वडा नं..... गाउँ: .... जातिगत विवरण: परिवार संख्या:..... (..... जना)
२	आयश्रोत (पेशा र व्यवसाय): परम्परागत कृषि:..... रोजगारी:..... उद्योग व्यवसाय:..... अनुमानित मासिक आय:.....
३	जग्गा जमीन (क्षेत्रफल र स्थान समेत) भौतिक संरचना (घर, टहरा आदिको संख्या: कच्ची, पक्की) सवारी साधन: बैक मौज्दात: सुन चाँदी: नगद:
४	बिरामीको रोगको किसिम:
५	संलग्न कागतजातहरू: (क) नागरिकता प्रमाणपत्रको फोटोकपी (ख) रोग निदान भएको प्रेस्क्रीप्सन
६	उपचार सहूलियतका लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल:
७	उपयुक्त व्यहोरा बमोजिमका लागि व्यहोरा साँचो हि झुठ्ठा ठहरे सहुँला बुझाउँला । निवेदकको नाम: ..... ठेगाना: घरपझोड गा.पा., वडा नं. .... गाउँ.....
८	सिफारिसको व्यहोरा आर्थिक अभावका कारण उपचार गर्न नसकेको । सिफारिस गर्ने: कार्यालयको छाप: नाम: पद: दस्तखत: मिति: