

श्रीमान् प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतज्यू  
इलाम नगरपालिका, नगरकार्यपालिकाको कार्यालय,  
इलाम ।

**विषय :- निःशुल्क उपचारको लागि सिफारिस गरिपाउँ ।**

महोदय,

इलाम जिल्ला, इलाम नगरपालिका वडा नं. .... बस्ने .....लाई  
..... रोग लागी .....  
..... अस्पताल  
..... मा उपचारमा रहेको र घरायसी आर्थिक अवस्था कमजोर भई उपचारमा बाधा  
परेकोले निःशुल्क उपचारको लागि ..... अस्पतालमा सिफारिस  
गरि दिनु हुन अनुरोध छ ।

निवेदक

दस्तखत.....

नाम:.....

ठेगाना : इलाम नगरपालिका वार्ड नं.....

गाउँ/टोल.....

घर नम्बर.....

टेलिफोन सम्पर्क नं.....

वडा कार्यालयको सिफारिस

सही .....

नामथर.....

पद .....

वडा कार्यालयको छाप .....

अनुसुचि २  
(दफा ४ उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)  
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फाराम

श्रीमान अध्यक्षज्यू

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

१	<p>वैयक्तिक विरामीको नाम उमेर लिङ्ग ठेगाना स्थायी जिल्ला पालिका वडा नं. अस्थायी जिल्ला पालिका वडा नं. जातिगत विवरण :-ब्राम्हण/क्षेत्री/आदिवासी/जनजाति/दलित/अल्पसंख्यक अन्य परिवार संख्या</p>
२	<p>आय श्रोत :-पेशा र व्यवसाय : ● परम्परागत कृषि :- ● रोजगारी (स्वदेशी/विदेशी) उद्यम/व्यवसाय अनुमानित आय</p>
३	<p>जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत) ● भौतिक संरचना (घर/टहरा आदिको संख्या :- कच्ची/पक्की) ● सवारी साधन : ● बैंक मौज्दात : ● सुन चाँदी : ● नगद :</p>
४	<p>विरामीको रोगको किसिम :-मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइरल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया</p>
५	<p>संलग्न कागजातहरु (क)विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि) (ख) रोग निदान भएको प्रस्कीप्सन</p>
६	<p>उपचार सहूलियतका लागि सिफारिस गरिएको अस्पताल</p>
७	<p>उपयुक्त बमोजिमको व्यहोरा साँचो हो भुठा ठहरे सहुला बुझाउला । निवेदकको नाम :- ठेगाना :- दस्तखत :- मिति :- सम्पर्क नं.</p>
८	<p>सिफारिसको व्यहोरा :-  सिफारिस गर्ने नाम :- पद :- दर्जा :- मिति :- कार्यालयको छाप :</p>