

अनुसूची—५
(दफा ५ को उपदफा (६) सँग सम्बन्धित)
विपन्न नागरिक औषधोपचार सहायता आवेदन फाराम

श्री स्वास्थ्य मन्त्रालय,
कोशी प्रदेश, विराटनगर ।

देहाय वमोजिम विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधी उपचार सहायतका लागि अनुरोध गर्दछु ।

१	वैयक्तिक: विरामीको नाम: उमेर: लिंग: स्थायी ठेगाना: 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/विदेश) - उद्यम/व्यवसाय: अनुमानित आय:	
३	- जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत).. - भौतिक संरचना: (घर/टहरा आदिको संख्या: (कच्ची/पक्की:) - सवारी साधन: - बैंक मौज्जात: - सुन चाँदी: - नगद:	
४	विरामीको रोगको किसिम: मुटु रोग, मृगौला रोग, क्यान्सर, पार्किन्सन्स, अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाईनल इन्जुरी, कलेजो, थालिसिमिया ।	
५	सम्लग्न कागजातहरू: (क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि(नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि) (ख) चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन तथा अस्पतालमा भएको खर्चको बिल भर्पाई (ग) मेडिकल बोर्डको सिफारिस (घ) सम्बन्धित स्थानीय तहको सिफारिस समितिको सिफारिस ।	
६	सहायता माग गरिएको रकम	
७	उपर्युक्त वमोजिमको व्यहोरा साँचो हो झुठा ठहरे सहुँला बुझाउला । निवेदकको नाम: ठेगाना: दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.	