



आवेदन फाराम/निवेदनको ढाँचा (Application Format)

श्रीमान् अस्पताल निर्देशक ज्यू,
प्रदेश अस्पताल, कर्णाली प्रदेश, सुर्खेत ।

मिति: २०८३/...../.....

विषय: अपाङ्गता सहायक सामग्री उपलब्ध गराई पाउँ ।

पासपोर्ट साइजको
फोटो टाँस गर्ने

महोदय,

उपरोक्त विषयमा म निवेदक कर्णाली प्रदेश,जिल्ला
गाउँपालिका/नगरपालिका, वडा नं. को स्थायी बासिन्दा हुँ । विगत
देखि म/मेरो परिवारको सदस्य (नाता:) अपाङ्गताको अवस्थामा रहेको र
दैनिक जीवनयापन तथा हिँडडुल गर्न निकै कठिनाई भइरहेको व्यहोरा अवगत गराउन चाहन्छु ।
अस्पतालबाट अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि निःशुल्क सहायक सामग्री वितरण भइरहेको जानकारी
पाएकाले मेरो शारीरिक अवस्था र आवश्यकता अनुसार देहायको सहायक सामग्री उपलब्ध गराईदिनु
हुन अनुरोध गर्दछु ।

माग गरिएको सहायक सामग्रीको नाम:.....

निवेदकको व्यक्तिगत विवरण: नाम/थर:

- उमेर लिङ्ग:
- अपाङ्गता परिचय पत्र नम्बर र प्रकार:
- सम्पर्क मोबाइल नम्बर:

संलग्न कागजातहरू:

१. अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रतिलिपि,
२. नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि (नाबालक भए जन्मदर्ता)
३. वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र (आर्थिक अवस्था कमजोर भएको वा सामग्री आवश्यक परेको खुल्ने),
४. पासपोर्ट साइजको फोटो १ थान,
५. अस्पताल नाम दर्ता गरी सम्बन्धित चिकित्सक वा फिजियोथेरापी शाखाको सिफारिस ।

.....
(निवेदकको दस्तखत र औंठाछाप)
दायाँ बायाँ

--	--

(अस्पताल प्रयोजनका लागि)

विवरण रुजु गर्ने:	विवरण प्रमाणित गर्ने:
नाम, थर:	नाम, थर:
पद:	पद:
मिति: २०८३/ /	मिति: २०८३/ /
कार्यालयको छाप:	