

स्वघोषणा फारम
(दफा ४सँग सम्बन्धित)

मिति २०८२/ /

लिखितम् कर्णाली प्रदेश जाजरकोट जिल्ला बारेकोट गाउँपालिका वडा नं. स्थायी ठेगाना भएको श्रीको छोरा/ छोरी/ श्रीमती/ बुहारी राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/ नागरिकता प्रमाणपत्र नं./ जन्मदर्ता नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा), वर्ष, को म..... ले नेपाल सरकारको पूर्ण वा आंशिक स्वामित्व भएको संस्था वा संगठन संस्थाबाट रोजगारी/निवृत्तिभरण वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/पेन्सन वा नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराईदै आएको जेष्ठ नागरिक भत्ता, एकल महिला भत्ता, दलित भत्ता, पिछडिएको भत्ता, अपाङ्ग भत्ता लगायत कुनै पनि सामाजिक सुरक्षा भत्ता नलिएको व्यहोरा स्वघोषणा गर्दछु र मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गराइरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षाघातका बिरामीलाई औषधि उपचार बापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ बमोजिम मासिक रुपमा औषधी उपचार खर्च पाउन योग्य छु। मैले पेश गरेको कागजात, प्रमाण तथा विवरणहरु सहि सांचो छ, झुट्टा ठहरेमा कानुन बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

लाभग्राही/ संरक्षकको

दस्तखतः.....

पुरा नाम थरः.....

ठेगानाः.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/ नागरिकता प्रमाणपत्र
नं./ जन्मदर्ता नं

सम्पर्क नं.ः.....

मितिः.....

औंठा छाप

दायाँ	बायाँ

नोट:- १६ वर्ष भन्दा मुनिका लाभग्राहीको हकमा स्वघोषणा प्रमाणीकरण अभिभावक/ संरक्षकलेगर्नु पर्ने ।