

पोषण खर्च भुक्तानीको लाभग्राहीको निवेदन र स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस

श्रीमान कार्यालय प्रमुख ज्यू,

मिति:.....

स्वास्थ्य कार्यालय.....

बिषय: पोषण खर्च भुक्तानी सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा म निवेदक गण्डकी प्रदेश सरकारबाट आर्थिक वर्ष २०७९/०८० को आमा तथा बालबालिकाको पोषण सुधार आयोजना अन्तर्गतको अति विपन्न, दलित, अपाङ्ग र लोपन्मुख सुत्केरी आमा पोषण कार्यक्रमको मापदण्ड बमोजिमको पोषण खर्च प्राप्त गर्ने लाभग्राही हुँ । मैले उल्लेखित कार्यक्रमबाट प्राप्त हुने रकम पोषिलो खानेकुरा व्यवस्थापन गर्नका लागि मात्र खर्च गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु । मैले यसै प्रकृतिको सुविधा अन्य निकायबाट प्राप्त नगरेको स्व-घोषणा गर्दछु । अतः मलाई मापदण्डमा उल्लेख भए अनुसारको दैनिक रु.२००।— (दुई सय मात्र) का दरले ४५ (पैतालिस) दिनको एकमुष्ट रु.९,०००।— (नौ हजार मात्र) मेरो नाममा रहेको बैंकको, शाखामा रहेको खाता नं..... मार्फत भुक्तानी गरिदिनुहुन तपसिल बमोजिमका कागजपत्रहरू संलग्न गरी यो निवेदन पेश गरेकी छु ।

तपसिल

१. सम्बन्धित वडा कार्यालयबाट निवेदक अति विपन्न वा दलित वा अपाङ्ग वा लोपन्मुख जाती रहेको भनी गरेको सिफारिस-पत्र ।
२. परिचय खुल्ने कागज (नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र वा जग्गाधनी पूर्जा वा नेपाल सरकार/प्रदेश सरकार/स्थानीय तहबाट जारी भएको व्यक्तिको विवरण खुल्ने कागजपत्र)
३. स्थानिय पञ्जिकाधिकारीबाट जारी भएको जन्म दर्ताको प्रमाणपत्र वा स्वास्थ्य संस्थाबाट जारी भएको जन्म प्रमाणपत्र)Birth Certificate(वा घरमा सुत्केरी भएको हकमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट सिफारिस
४. सुत्केरी महिलाको नाममा खोलिएको बैंकको खाता नम्बर स्पष्ट खुल्ने चेकको प्रतिलिपि ।

.....

(हस्ताक्षर)

नामथर:.....

ठेगाना:.....

फोन नं.....

स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस

उल्लिखित विवरणहरूको बेहोरा साँचो रहेको हुनाले पेश भए बमोजिमको पोषिलो खाना खर्च भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछु ।

सिफारिस गर्ने स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नामथर:.....

पद:..... फोन नं.....

हस्ताक्षर..... मिति:.....

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:.....

सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको छाप