



कालिका नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

रेडक्रसग्राम, चितवन
बागमती प्रदेश, नेपाल

आ.व.०८०/०८१

च.न.

मिति २०८०/१०/२५



[Handwritten signature]

अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुलाई सहायता सामग्री वितरण सम्बन्धी कार्यक्रमको सूचना ! सूचना !! सूचना !!!

कालिका नगरपालिकाको आ.व.०८०/०८१ को स्वीकृत कार्यक्रम अनुसार अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुका लागि सहायता सामग्री वितरण कार्यक्रम रहेकोले (लागत साझेदारी ७०/३० प्रतिशत) ईच्छुक/लक्षित व्यक्तिहरुका लागि यो सूचना प्रकाशित भएको मितिले १५ दिन भित्र कालिका नगरपालिका महिला बालबालिका तथा समाजकल्याण उपशाखामा निवेदन दिनुहुन यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ। साथै रित नपुगेको वा म्याद नाघी प्राप्त हुन आएका निवेदनहरु छनौटका लागि समावेश नहुने व्यहोरा समेत जानकारी गराइन्छ।

आवश्यक कागजात:

- १.संलग्न ढाचाँ बमोजिमको निवेदन
- २.जन्मदर्ता/नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी-१
- ३.यस नगरपालिकाबाट जारी गरिएको अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रतिलिपी-१

[Handwritten signature]
चुडामणी शर्मा गौतम
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

वोधार्थ: सूचना प्रविधि शाखा, नगरपालिकाको वेबसाइट र वडा कार्यालयमा सूचना प्रेषित गरिदिनु हुन।
नोट: निवेदनको ढाचाँ वडा कार्यालयहरुबाट, नगरपालिकाबाट उपलब्ध हुनेछ।

अपाङ्गता सहायता सामाग्री माग निवेदनको ढाचाँ

मिति २०८० / १

श्री प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत ज्यू,
कालिका नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय रेडक्रसग्राम चितवन।



वज्रमणि शर्मा गौतम
प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत

विषय:- सहायता सामाग्री उपलब्ध गराईपाउ।

म कालिका नगरपालिका वडामा बस्ने जन्म दर्ता न...../ना.प्र.न.....मिति २०८०/१०/ मा कालिका नगरपालिकाबाट परिचयपत्र न...../.....वर्गको अपाङ्गता परिचयपत्र प्राप्त गरेको व्यक्ति हु। मेरो शारिरीक / मानसिक / बौद्धिक / सुस्तश्रवण / न्युनदृष्टिविहिन सम्बन्धी अपाङ्गता भएको कारण दैनिक जीवनयापनमा कठिनाई भएकोले कालिका नगरपालिका कार्यालयको मिति २०८०/१०/२५ मा प्रकाशित सूचना बमोजिम सहायता सामाग्री ७०/३० प्रतिशत लागत साझेदारीमा तिन ईच्छुक रहेकोले नियमानुसार उपलब्ध गराई सहयोग गरिदिनु हुन यो निवेदन पेश गरेको छु।

निवेदक:

नामथर:..... ठेगाना:कालिका नगरपालिका वडा न..... उमेर:.....
अपाङ्गताको प्रकार:..... वर्ग:..... सम्पर्क न.....
आवश्यक सहायता सामाग्री विवरण:

निवेदकको सहि.....

उपरोक्त निवेदकलाई निवेदन बमोजिमको सहायता सामाग्री उपलब्ध हुन सिफारिस गर्दछौ।

नामथर:.....

दस्तखत:.....

सम्पर्क नं.....

वडातरीय अपाङ्गता समन्वय समिति

.....
वडा अध्यक्ष

वडा कार्यालयको छाप