



थुलुङ दुधकोशी गाउँपालिका
Thulung Dudhkoshi Rural Municipality
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
Office of the Rural Municipal Executive
मुक्ली, सोलुखुम्बु
Mukli, Solukhumbu



प.सं.(Ref. No.): २०७८/२०७९

चलानी नं. (Dis. No.): १०४

प्रदेश नं. १ नेपाल

(Province no. 1, Nepal)



मिति: २०७८।०४।०४

श्री वडा कार्यालयहरु सबै,
थुलुङ दुधकोशी गाउँपालिका, सोलुखुम्बु ।

विषय: सामाजिक सुरक्षा भत्ताको लागि नाम नविकरण गर्ने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा आ.ब. २०७८/२०७९ मा सामाजिक सुरक्षा भत्ता प्राप्तीको लागि सबै प्रकारका लाभग्राहीहरुले सम्बन्धित वडा कार्यालयमा उपस्थित भई नाम नविकरण गर्नुपर्ने कानूनी व्यवस्था भएको हुनाले ताहाँ वडाभित्रका लाभग्राहीहरुको नाम नविकरण कार्य यही श्रावण मसान्तभित्रमा सम्पन्न गर्न हुन अनुरोध छ । साथै सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि २०७५ मा भएको व्यवस्था बमोजिम लाभग्राहीहरुको नविकरण गर्न अनुसूची ४ बमोजिमको फारम प्रयोग गर्न हुन र लाभग्राहीहरुका विवरण अनुसूची १० बमोजिम राख्न हुन अनुरोध छ ।

कार्यार्थ :

१. सामाजिक सुरक्षा तथा पञ्जीकरण शाखा ,
वडा कार्यालयहरुसँग आवश्यक समन्वय गर्न हुन ।

नविदीप राई
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची - ४
दफा ७ को उपदफा १ सँग सम्बन्धित
(नाम नवीकरणका लागि दिने दरखास्तको ढाँचा)

मिति:

श्री अध्यक्ष / प्रमुखज्यू,
.....गाउँपालिका / नगरपालिका
.....नं.वडाको कार्यालय।

विषय:- नाम नवीकरण सम्बन्धमा।

उपरोक्त विषयमा आगामी आर्थिक वर्षमा पनि सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाउने गरि नाम नवीकरण गरी दिनुहुन देहायको विवरण सहित यो दरखास्त पेस गरेको छु। मैले नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारबाट मान्यता प्राप्त सङ्घ संस्था तथा अन्य कुनै अन्तराष्ट्रिय सरकार वा सङ्घ संस्थाबाट मासिक रूपमा तलब, भत्ता, पेन्सन वा यस्तै प्रकारका अन्य कुनै मासिक सुविधा पाएको छैन। व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला।

सामाजिक सुरक्षा भत्ताको किसिम: (उपयुक्त कुनै एकमा चिन्ह लगाउने)

जेष्ठ नागरीक/एकल महिला/विधवा/ पूर्णअपाङ्गता/ अति अशक्त अपाङ्गता/लोपोन्मुख आदिवासी जनजाति / बालबालिका

निवेदक

लाभग्राहीको मनाम, थर:-

परिचय-पत्र नं :-

दस्तखत:-

लिङ्ग :-

ठेगाना:-

सम्पर्क मोबाइल नं :-

बालबालिका वा अपाङ्गताको हकमा

संरक्षकको नाम, थर:-.....

संरक्षकको दस्तखत:-.....

सम्पर्क मोबाइल नं.....

दफा ७ उपदफा ३ सँग सम्बन्धित
.....गाउँपालिका/नगरपालिका
वडा नं.....को कार्यालय
.....प्रदेश.....जिल्ला

[illegible]