



गण्डकी प्रदेश सरकार
उद्योग तथा पर्यटन मन्त्रालय
सामाजिक विकासयुवा तथा खेलकूद मन्त्रालय
एकीकृत सेवा कार्यालय
(साविक सामाजिक विकास कार्यालय)



पत्र संख्या: २०८२/०८३

सूचना नं: ०५

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

सहायता सामाग्री माग गर्ने सूचना !

(प्रथम पटक प्रकाशित मिति: २०८२।०७।३०)

यस जिल्ला भित्र रहेका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको लागि सहायता सामाग्री वितरण गर्ने कार्यक्रम रहेको हुँदा रितपूर्वक कार्यालयले तोकेको ढाँचामा सूचना प्रकाशन भएको मितिले २१ दिन भित्र यस कार्यालयकमा निवेदन पेश गर्नुहुन सम्बन्धित सबैमा जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

संलग्न कागजातहरु:

१. सम्बन्धित व्यक्तिको निवेदन,
२. नागरिकताको प्रतिलिपी,
३. अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रतिलिपी,

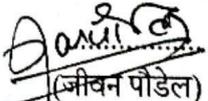
निवेदन दिने तरिका:

१. निवेदनको ढाँचा कार्यालयको वेभसाइट www.sdosyangja.gandaki.gov.np मा समेत डाउनलोड गर्न सकिनेछ।
२. निवेदन कार्यालयको इमेल ठेगाना sdosyangja@gmail.com मा वा what's app नम्बर ९८५६०६१७२५ मा पठाउन सकिनेछ ।
३. कार्यालयमा भौतिक रुपमा उपस्थित भई निवेदन पेश गर्न सकिनेछ ।
४. स्थानीय तहमा (स्थानीय अपाङ्ग समन्वय समितिमा) समेत निवेदन पेश गर्न सकिनेछ ।

नोट - चिकित्सकको सिफारिसमा नापाजाँच गरि लिनु पर्ने सहायता सामाग्रीलाई मान्यता प्राप्त अस्पतालबाट नापजाँच गरि सिफारिसको साथमा निवेदन दिनुपर्ने छ ।

पुनश्च: हाल स्याङ्जा जिल्लामा क्रियाशिल अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूसंग सम्बन्धित संघ/संस्थाहरुले एकमुस्त रुपमा निवेदन संलग्न गरी पठाउन सकिनेछ ।

थप जानकारीका लागि: सामाजिक विकास कार्यालय स्याङ्जाको ①सम्पर्क नं. ९८५६०६१७२५, ९८५६०६१७२६, ०६३-४२४०२५


(जीवन पोडेल)
कार्यालय प्रमुख
सामाजिक विकास तर्फ

“व्यावसायिक र सिर्जनशील प्रशासन : विकास,समृद्धि र सुशासन”

①०६३-४२४०११ E-mail: sdosyangja@gmail.com Website - sdosyangja.gandaki.gov.np

श्री कार्यालय प्रमुखज्यू,
एकीकृत सेवा कार्यालय
साविक सामाजिक विकास कार्यालय, स्याङ्जा ।

विषय: सहायता सामाग्री उपलब्ध गराईपाउँ ।

मन.पा./गा.पा. को वडा नं..... मा बस्ने जन्मदर्ता/ना.प्र.नं-..... ले मिति २० / / मा..... न.पा./गा.पा. बाट परिचयपत्र नम्बर..... वर्गको अपाङ्गता परिचयपत्र प्राप्त गरेको व्यक्ति हु। मेरो..... अपाङ्गता भएको कारण दैनिक जीवनयापनमा कठिनाई भएकोले सामाजिक विकास कार्यालय, स्याङ्जा को मिति २०८१/०७/३० मा प्रकाशित सूचना बमोजिम सहायता सामाग्री लिन ईच्छुक रहेकोले नियमानुसार सहायता सामग्री उपलब्ध गराई सहयोग गरिदिनुहुन तपसिल बमोजिमको विवरण सहित यो निवेदन पेश गरेको छु।

नाम, थर	ठेगाना	जन्म मिति
अपाङ्गताको प्रकार: शारीरिक अपाङ्गता / दृष्टि सम्बन्धि अपाङ्गता / सुनाइ सम्बन्धि अपाङ्गता/ श्रवण दृष्टिविहीन अपाङ्गता / स्वर र बोलाइ सम्बन्धि अपाङ्गता / मानसिक र मनोसामाजिक अपाङ्गता/ बौद्धिक अपाङ्गता / अनुवंशिय रक्तश्राव सम्बन्धि अपाङ्गता / अटिजम सम्बन्धि अपाङ्गता / बहुअपाङ्गता	अपाङ्गताको किसिम: पूर्ण अशक्त/अति अशक्त/मध्यम/सामान्य	अपाङ्गता परिचय पत्र नम्बर:.....
परिचय पत्र जारी गर्ने निकाय:.....	माग गरेको अपाङ्गता सहायता सामाग्रीको नाम/विवरण:.....	संरक्षकको नाम/थर:..... (संरक्षक भएका व्यक्तिको हकमा मात्र)
संरक्षकको हस्ताक्षर (संरक्षक भएका व्यक्तिको हकमा मात्र)	सम्पर्क नम्बर:.....	

निवेदकको
नाम थर:
हस्ताक्षर:

उपरोक्त निवेदकलाई निवेदन बमोजिमको सहायता सामाग्री उपलब्ध हुन सिफारिस गर्दछौ ।

नाम थर:
दस्तखत:
सम्पर्क न:
वडास्तरीय अपाङ्ग समन्वय समिति

वडा अध्यक्ष
कार्यालयको छाप

द्रष्टव्य: निवेदन साथ अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रतिलिपी संलग्न गर्नु पर्नेछ ।