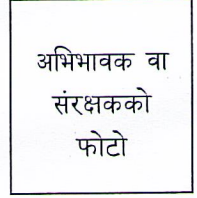
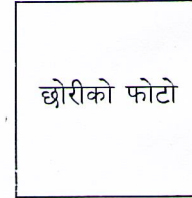


अनुसूचि-१

(दफा ३ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

आवद्धताका लागि स्थानीय तहमा दिने निवेदनको ढाँचा



मिति:.....

श्रीमान् प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतज्यू,

..... नगर/गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय,

कर्णाली प्रदेश, सुर्खेत ।

विषय:- कार्यक्रममा आवद्धता सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा कर्णाली प्रदेश सरकारको बैंक खाता छोरीको, सुरक्षा जीवन भरीको कार्यक्रममा सहभागी हुन मञ्जुर भइ आवद्धताका लागि यो निवेदन गरेको छु ।

छोरीको नाम :

जन्म मिति :

जन्म दर्ता नम्बर

जन्म दर्ता मिति

बाबुको नाम :

आमाको नाम :

बाजेको नाम:

यस कार्यक्रममा सहभागी हुन निम्न शर्तहरू पालना गर्ने प्रतिवद्धता व्यक्त गर्दछु ।

१. म छोरी पढाउने र कम्तिमा माध्यमिक शिक्षा पुरा गराउने प्रतिवद्धता व्यक्त गर्दछु ।
२. प्रचलित कानूनको अधिनमा रही छोरीको उमेर २० वर्ष पूरा नभएसम्म विवाह गराउने छैन ।
३. कार्यक्रमका शर्त, नियम तथा निर्देशन र प्रतिवद्धता बाहिर अन्य कुनै सेवा र सुविधाको दावी गर्ने छैन ।
४. म छोरा र छोरीबीच लालनपालन, हेरचाह र संरक्षणमा कुनै असमान व्यवहार गर्नेछैन ।

५. यो कार्यविधि बमोजिमको अवधि वा अवस्था पुरा भएपछि प्राप्त हुने रकम छोरीको क्षमता विकासका कार्यमा खर्च गर्न प्रोत्साहित गरी निजको उज्ज्वल भविष्य निर्माणमा पूर्ण सहयोग गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु ।
६. उपरोक्त शर्तहरू पुरा नभएको अवस्थामा कार्यक्रम अन्तरगत मन्त्रालयले उपलब्ध गराईएको बैङ्क खाता रोक्का गर्न वा खाता बन्द गरी सो खातामा भएको सम्पूर्ण रकम फिर्ता गर्ने सहमती व्यक्त गर्दछु ।
- आवेदनमा पेश भएको ब्यहोरा र कागजातहरू साँचो हुन् । झुठा ठहरे कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

<u>छाप</u>	
दायाँ	बायाँ

<u>निवेदक</u>
हस्ताक्षर:-
नाम:-
ठेगाना:-
मिति:-

पेश गर्नुपर्ने कागजातहरूको विवरण

१. छोरीको जन्म दर्ता प्रमाण पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि ।
२. अभिभावकमध्ये एक वा दुवै जनाको नागरिकताको प्रमाण पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि ।
३. छोरीको पासपोर्ट साइजको फोटो थान - ६
४. अभिभावक वा संरक्षकको पासपोर्ट साइजको फोटो थान - ६
५. वैकल्पिक स्याहारमा रहेको छोरीको हकमा संरक्षण गर्ने संस्थाले संरक्षकत्व ग्रहण गरेको अवस्थामा संरक्षकत्व गरेको प्रमाणको प्रमाणित प्रतिलिपि र संस्था दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि ।
६. व्यक्ति संरक्षक भएको अवस्थामा व्यक्तिको नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि र संरक्षकत्व ग्रहण गरेको प्रमाणको प्रतिलिपि ।
७. अस्पताल वा स्वास्थ्य केन्द्र वा तालिम प्राप्त सुँडेनीको सेवाबाट प्रसुती भएको भए सम्भव भएमा सोको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।

कार्यालय प्रयोजनका लागि

दर्ता मिति

व्य.सू.प्र.को कोड

कार्यक्रममा आवद्ध गराउने निर्णय भएको मिति.....

प्रमाणित गर्ने अधिकारीको हस्ताक्षर:

नाम:

दर्जा:

मिति: