

अनुसूचि-१

(दफा ३ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

आवद्धताका लागि स्थानीय तहमा दिने निवेदनको ढाँचा

छोरीको फोटो

अभिभावक वा
संरक्षकको
फोटो

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 भरको 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 प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु।

१. म छोरी पढाउने र कम्तिमा माध्यमिक शिक्षा पूरा गराउने प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु ।

२. प्रचलित कानूनको अधिनमा रही छोरीको उमेर २० वर्ष पूरा नभएसम्म विवाह गराउने छैन ।

३. कार्यक्रमका शर्त, नियम तथा निर्देशन र प्रतिबद्धता बाहिर अन्य कुनै सेवा र सुविधाको दाबी गर्ने छैन ।

४. म छोरा र छोरीबीच लालनपालन, हेरचाह र संरक्षणमा कुनै असमान व्यवहार गर्नेछैन ।

सचिव



प्रमुख सचिव

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 सहुंला बुझाउँला ।

छाप	
दायाँ	बायाँ

निवेदक
हस्ताक्षर:-
नाम:-
ठेगाना:-
मिति:-

पेश गर्नुपर्ने कागजातहरूको विवरण

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

<u>कार्यालय प्रयोजनका लागि</u>	
दर्ता मिति	व्य.सू.प्र.को कोड
कार्यक्रममा आवद्ध गराउने निर्णय भएको मिति.....	
प्रमाणित गर्ने अधिकारीको हस्ताक्षर:	
नाम:	
दर्जा:	
मिति:	



[Signature]
सचिव

[Signature]
प्रमुख सचिव