

अनुसूची ४

(कार्यविधिको दफा २६ खण्ड ख सँग सम्बन्धित)
दुर्घटना तथा अशक्तता सुरक्षा योजनाको सुविधा दावी फारम

१. रोजगारदाताको विवरण

रोजगारदाताको नाम :			
रोजगारदाताको सूचीकरण नं. :			
ठेगाना :			
प्रदेश :		जिल्ला :	
गा.पा./न.पा./उप.म.न.पा./म.न.पा.:		वडा नं.	
टोल :		ब्लक नं.	

२. व्यक्तिगत विवरण

(क) सामान्य विवरण:

	पहिलो	बीचको	अन्तिम
नाम/थर:			
सामाजिक सुरक्षा नं.			
बैंक खाताको विवरण :			
बैंकको नाम		बैंक खाताको प्रकार	
बैंकको ठेगाना		बैंक खाता नम्बर	

मृत्यु भएको अवस्थामा लाभग्राहीको नाम :

क्षमता : सक्रिय अपाङ्ग आश्रित र केही समय मात्र काम गर्ने

दुर्घटनापछि थोरैमा एक दिन भए पनि काममा उपस्थित हुन नसकेको : छ छैन

काममा उपस्थित भएको अन्तिम मिति :काममा फर्किएको मिति : काममा निवेदन नगरेको मितिसम्म उपस्थित भएको : छ छैन

(ग) पारिवारिक विवरण: के तपाईं परिवारको सदस्यमध्ये कसैलाई तल उल्लेखित रोग लागेको अथवा सो बाट मृत्यु भएको छ? चिन्ह लगाउनुहोस्:

क्यान्सर हृदयघात उच्च रक्तचाप मधुमेह एच.आइ. भी. एड्स

(घ) प्रत्यक्षदर्शी : दुर्घटनाको समयमा घटना स्थलमा उपस्थित व्यक्तिको नाम उल्लेख गरिदिनुहोला ।

प्रत्यक्षदर्शीको नाम :

३. चोटपटक वा बिरामीको विवरण (श्रमिकको तर्फबाट भर्ने):

क) समय विवरण (Time Component):

सि.	चोट लागेको वा बिरामी भएको		काम गर्ने समय / सिफ्ट	रोजगारदातालाई खबर गरेको मिति	पछिल्लो पटक काम गरेको मिति	काममा फर्किएको मिति	चोट लागेको समयावधि	विदाको प्रयोग गरेको भए मिति देखि-सम्म	हिसाबको लागि दिन वा महिनाको प्रयोग
	मिति	समय							

ख) अस्पताल भर्ना विवरण (चिकित्सकको प्रयोजनका लागि)

अस्पतालमा भर्ना गरिएको हो होइन

बिरामीलाई आकस्मिक भर्ना गरिएको हो होइन

अस्पतालको नाम : ठेगाना : टेलिफोन नं. : फ्याक्स नं. : इमेल :

घाइते हुनाको/चोटको वा बिरामी पर्नाको कारण :

(ग) चोट विवरण (चिकित्सकको प्रयोजनका लागि)

१. घटना भएको व्यक्तिले काम गर्न शुरु गरेको समय :

२. चोटको प्रकार/गम्भीरता :

३. चोट/घटना भएको स्थान : कार्यालय परिसर..... कार्यालय परिसर बाहिर

४. घटना/चोट/बिरामी पर्नाको कारण :

५. (दुर्घटनाको समयमा) श्रमिकले चलाएका सम्पूर्ण उपकरण, सामग्री वा रसायनहरू :

६. (दुर्घटना हुँदा)श्रमिकले गरिरहेको काम :

७. दुर्घटना कसरी र कुन वस्तुले गर्दा भएको हो वा रोग पैदा हुनाका कारण क्रमबद्ध रूपमा व्याख्या गर्नुहोस् ।
:.....

८. श्रमिकले अहिलेको अवस्था सेवामा कार्यरत अस्पतालमा, (एम्बुलेन्स वा कार्यालयको सवारी साधनमा ल्याइएको,
 बिरामी भै आरममा

९. चोट वा घाउको वा रोगको अवस्था : घातक गम्भीर सामान्य

१०. चोट लागेको शरीरको भाग :

यदि योगदानकर्ताको मृत्यु भएको हो भने, मृत्यु भएको समय र मिति प्रष्ट उल्लेख गर्नुहोला ।

४. घोषणा (योगदानकर्ताको)

माथि उल्लिखित व्यहोरा ठीक साँचो हो मैले प्रचलित सामाजिक सुरक्षा अनुरूप नै सुविधा दावी गरेको छु । यदि गलत सूचना वा विवरण भेटिएमा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम सँजाय भएमा मेरो मञ्जुरी छ ।

श्रमिकको नाम :

दस्तखत :

मिति :

दाँया	बाँया

५. रोजगारदाताको तर्फबाट सिफारिस

निजलाई माथि उल्लेख गरिएबमोजिम औषधी उपचार तथा स्वास्थ्य सुरक्षा योजना बमोजिम भुक्तानीको व्यवस्था गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

सिफारिसकर्ताको नाम

पद :

टेलिफोन नं. :

दस्तखत :

मिति :

६. सामाजिक सुरक्षा कोषले प्रमाणित गर्ने :

प्रमाणित गरिएको रकम :

रकम भुक्तानी (अंकमा) :

रकम भुक्तानी (अक्षरमा) :

रकम जम्मा भएको बैंक खाता नं.:

बैंकको नाम ठेगाना:

नाम :

पद/तह :

दस्तखत :

मिति :

७. चेक लिस्ट

सामाजिक सुरक्षा परिचयपत्र

चिकित्सकले जाँच गरेको कागजात (अस्पतालले दिएको प्रमाण)

अनुपस्थिति प्रमाण (सम्बन्धित संस्था वा रोजगारदाताद्वारा प्रदान गरिएको)

- योगदानकर्ता कार्यालयमा जाँदा र फर्कँदा दुर्घटनामा परी घाइते भएको अवस्थामा दुर्घटनाको स्थलगत सर्जिमिन मुचुल्का र प्रहरी प्रतिवेदन ।
- योगदानकर्ता दुर्घटनामा परी सोही कारणले मृत्यु भएमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र, पोष्टमार्टम प्रतिवेदन, स्थानीय निकायको सिफारिस, हकवाला भएमा नाता प्रमाणित, स्थलगत सर्जिमिन मुचुल्का र प्रहरी प्रतिवेदन ।

द्रष्टव्य:

१. यदि दावी प्रकृयाको क्रममा सामाजिक सुरक्षा कोषका अधिकारीलाई शङ्का लागे प्रमाणको जाँच वा ठगी नियन्त्रणका लागि सम्बन्धित कम्पनीमा गई निरीक्षण र प्रमाणको रुजुभिडान गरिनेछ ।