

अनुसूची-३

(दफा १७को उपदफा (६) को खण्ड (घ) सँग सम्बन्धित)

स्वघोषणा फारम

मिति ...

श्री कार्यकारी निर्देशक ज्यू  
सामाजिक सुरक्षा कोष  
बबरमहल, काठमाण्डौ ।

बिषय : रोजगारीजन्य दुर्घटनामा परेको सम्बन्धमा ।

म सामाजिक सुरक्षा नं. .... भएको योगदानकर्ता मिति ..... मा रोजगारीजन्य दुर्घटनामा परेको ब्यहोरा जानकारी गराउँदछु । रोजगारीजन्य दुर्घटना प्रमाणित नभएको अवस्थामा मेरो उपचार वापत कोषले गरेको खर्च सोधभर्ना गर्न मेरो मञ्जुरी छ ।

दुर्घटना भएको मिति :

दुर्घटना भएको स्थान :

दुर्घटना भएको समय :

दुर्घटनाको संक्षिप्त विवरण .....

सहिच्छाप :

योगदानकर्ताको नाम थर :

(योगदानकर्ताले हस्ताक्षर गर्न असमर्थ भएमा निजको उपचारमा संलग्न ब्यक्तिले सहिच्छाप गरी नाम लेख्ने)