

तपाईंले प्रतिपूर्ति अनुरोध गर्दा हरेक पटक यो प्रतिपूर्ति आवेदन फारम भर्नुहोस् र अनुरोध गरिएको प्रतिपूर्तिको प्रकार(हरू) का लागि लागू हुने फारमहरू संलग्न गर्नुहोस्।

जीवित दाताको पहिलो नाम	थर	जन्म मिति

प्रत्यारोपण केन्द्र: \_\_\_\_\_

आवेदक नम्बर (योग्यता स्वीकृतिको समयमा दिइएको): \_\_\_\_\_

यो प्रतिपूर्ति आवेदन जीवित दान प्रक्रियाको कुन चरणको लागि हो? (तपाईंको अनुरोधमा लागू हुने भएमा एक भन्दा बढी चरण चयन गर्नुहोस्)

- मूल्याङ्कन/शल्यक्रिया-पूर्व  
 शल्यक्रिया/स्वास्थ्यलाभ  
शल्यक्रियाको मिति: \_\_\_\_\_  
 फलो-अप  
भेटघाटको मिति(हरू) (महिना/गते/वर्ष): \_\_\_\_\_

यस चरणमा प्रतिपूर्तिका लागि आवेदन दिँदा कृपया तपाईंको मूल्याङ्कनको नतिजा पहिचान गर्नुहोस् (थाहा भएमा):

- प्रत्यारोपण केन्द्रले मलाई शल्यक्रिया अघि बढाउन स्वीकृत गर्यो  
 प्रत्यारोपण केन्द्रले मलाई शल्यक्रिया अघि बढाउन स्वीकृत गरेन  
 अन्य, कृपया व्याख्या गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_

**कृपया हामीलाई तपाईंको खर्चबारे बताउनुहोस्। पूर्ण समीक्षा पूरा गर्न यो आवेदनसँगै विस्तृत रसिदहरू र तपाईंको प्रत्यारोपण केन्द्रबाट भेटघाट(हरू) को प्रमाणीकरण आवश्यक पर्दछ।**

यस दाबीमा तपाईं कुन खर्चहरूको प्रतिपूर्ति खोज्दै हुनुहुन्छ? (लागू हुने सबैमा चिनो लगाउनुहोस्)

- आश्रित हेरचाह खर्चहरूको प्रतिपूर्ति  
 गुमेको ज्याला वा गुमेको समयको लागत  
 प्रतिपूर्ति नभएका चिकित्सा स्याहार र/वा औषधि  
 स्वयंको यात्रा/बसोबास खर्चको प्रतिपूर्ति  
 सहयोगी व्यक्तिको प्रतिपूर्ति

**कृपया अहिले तपाईंले खोजिरहनुभएको खर्चसँग लागू नहुने कुनै पनि प्रतिपूर्ति खण्डहरू छोड्नुहोस्।**

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## बाल हेरचाह

जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले (Living Donor Support Program) जीवित दाताले आफ्नो बच्चा(बच्चाहरू) को हेरचाह प्रदान गर्न कसैलाई भुक्तानी गर्नुपर्दा लागेको बाल हेरचाह खर्चहरूको प्रतिपूर्ति गर्दछ, जुन सामान्यतया जीवित दाताले प्रदान गर्ने गर्दथे तर जीवित दान प्रक्रियाका कारण उनीहरू आफैले हेरचाह प्रदान गर्न असक्षम हुन्छन्। जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले जीवित दान प्रक्रिया सुरु हुनुभन्दा अघिदेखि नै अरूद्वारा प्रदान गरिएको बाल हेरचाहका लागि खर्चहरूको प्रतिपूर्ति गर्दैन। त्यहाँ अपाङ्गता भएका बालबालिका, आश्रित वयस्क र वृद्ध स्याहारका लागि एक विशिष्ट फारम छ किनकि तिनीहरूको दर र प्रतिपूर्ति फरक हुन्छन्। कृपया तपाईंले उपयुक्त फारम चयन गर्न निश्चित गर्नुहोस्।

न्युयोर्क राज्य-जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम  
बाल हेरचाह प्रतिपूर्ति फारम

हेरचाह प्राप्त गर्ने व्यक्ति(हरू) को नाम	जन्म मिति
आश्रित हेरचाह प्रदायक(हरू) को नाम	बालबालिकासँग प्रदायकको सम्बन्ध

जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले बाल हेरचाहका लागि प्रतिपूर्तिको अधिकतम दरहरू निर्धारण गरेको छ। एकभन्दा बढी बालबालिकाका लागि प्रदान गरिएको हेरचाहको हकमा प्रतिपूर्ति "2 वर्ष मुनि श्रेणी" (Under 2 category) को बराबरको दरमा हुनेछ। कृपया मिति (महिना/गते/वर्ष) र उक्त दिन बाल हेरचाह प्रदान गरिएको घण्टा संख्या उल्लेख गर्नुहोस्:

आइतबार	सोमबार	मङ्गलबार	बुधबार	बिहीबार	शुक्रबार	शनिबार
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**तलका कथनहरू पढिसकेपछि कृपया आफ्नो तोकिएको खण्डमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्**

म प्रमाणित गर्दछु कि मसँग कम्तीमा एक आश्रित बच्चा छ जो हेरचाहका लागि ममा भर पर्छ, र जीवित दान प्रक्रियाको कारणले मैले बाल हेरचाहको लागि भुक्तानी गर्नुपरेको छ जुन म सामान्यतया तिर्ने गर्दिनँ। जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले जीवित दाता प्रक्रियाको मागका कारण मेरा आश्रितहरूलाई अरूबाट आवश्यक परेको अतिरिक्त हेरचाहको लागि मात्र भुक्तानी गर्नेछ, उदाहरणका लागि म सामान्यतया काममा हुँदा उनीहरूले पहिले नै प्राप्त गरिरहेको हेरचाहको लागि होइन भन्ने मैले बुझेको छु।

जीवित दाताको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

यस फारममा प्रदान गरिएको जानकारी सही छ र रेकर्ड गरिएको मिति र घण्टाहरूका लागि बाल हेरचाह मैले आफैले गरेको थिएँ भनेर म प्रमाणित गर्दछु।

प्रदायकको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

## प्रमाणीकरण

म यसद्वारा प्रमाणित गर्दछु कि माथिका कुराहरू न्यायोचित, सत्य र सही छन्, र दाबी गरिएका रकमहरू जीवित दान प्रक्रियाको क्रममा आवश्यक थिए र खर्च भएका थिए।

हस्ताक्षर:

मिति:

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

**आश्रित हेरचाह (अपाङ्गता भएका बालबालिका, आश्रित वयस्क, वृद्ध स्याहार)**

जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले सामान्यतया जीवित दाताले गर्ने आश्रित हेरचाह खर्चहरूको प्रतिपूर्ति गर्न सक्छ जुन अझै आवश्यक छ तर जीवित दान प्रक्रियाको कारणले जीवित दाताले गर्न सक्दैनन्। यसमा पहिलेदेखि नै भइरहेको आश्रित हेरचाह समावेश छैन। त्यहाँ एक विशिष्ट बाल हेरचाह फारम छ किनकि तिनीहरूको दर र प्रतिपूर्ति फरक हुन्छन्। कृपया तपाईंले उपयुक्त फारम चयन गर्न निश्चित गर्नुहोस्।

**न्युयोर्क राज्य-जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम****अपाङ्गता भएका बालबालिका, आश्रित वयस्क, वृद्ध स्याहार प्रतिपूर्ति फारम**

हेरचाह प्राप्त गर्ने व्यक्ति(हरू) को नाम	जन्म मिति
आश्रित हेरचाह प्रदायक(हरू) को नाम	बालबालिकासँग प्रदायकको सम्बन्ध

जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले अपाङ्गता भएका बालबालिका, आश्रित वयस्क, र/वा वृद्ध स्याहारका लागि प्रतिपूर्तिको अधिकतम दरहरू निर्धारण गरेको छ।

**कृपया मिति (महिना/गते/वर्ष) र उक्त दिन आश्रित वयस्क/वृद्ध स्याहार प्रदान गरिएको घण्टा संख्या उल्लेख गर्नुहोस्:**

आइतबार	सोमबार	मङ्गलबार	बुधबार	बिहीबार	शुक्रबार	शनिबार
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:

**अपाङ्गता भएका बालबालिका वा आश्रित वयस्कको हेरचाह प्रतिपूर्तिका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, त्यस्तो निदान र दस्तावेजीकरण गर्न उपयुक्त प्रमाणपत्रहरू (credentials) भएको प्रदायकद्वारा योग्य निदानहरूको (qualifying diagnoses) कागजात समावेश गर्नुहोस्।**

**OFFICE USE ONLY**

Application #:

Applicant #:

**तलका कथनहरू पढिसकेपछि कृपया आफ्नो तोकिएको खण्डमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्**

म प्रमाणित गर्दछु कि मसँग कम्तीमा एक आश्रित वयस्क वा वृद्ध हुनुहुन्छ जो हेरचाहका लागि ममा भर पर्नुहुन्छ, र जीवित दान प्रक्रियाको कारणले मैले हेरचाहको लागि भुक्तानी गर्नुपरेको छ जुन म सामान्यतया तिर्ने गर्दिनँ। म बुझ्छु कि जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले मेरा आश्रितहरूले पहिले नै प्राप्त गरिरहेको कुनै पनि हेरचाहको लागि भुक्तानी गर्ने छैन, जस्तै म सामान्यतया काममा हुँदा गरिने हेरचाह।

जीवित दाताको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

म प्रमाणित गर्दछु कि यस फारममा प्रदान गरिएको जानकारी सही छ र रेकर्ड गरिएको मिति र घण्टाहरूका लागि आश्रित वयस्क/वृद्ध स्याहार मैले आफैले गरेको थिएँ।

प्रदायकको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

**प्रमाणीकरण**

म यसद्वारा प्रमाणित गर्दछु कि माथिका कुराहरू न्यायोचित, सत्य र सही छन्, र दाबी गरिएका रकमहरू जीवित दान प्रक्रियाको क्रममा आवश्यक थिए र खर्च भएका थिए।

हस्ताक्षर:

मिति:

**FOR AGENCY USE ONLY**

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## जीवित दाता यात्रा खर्चहरू (बसोबास, यातायात, खाना)

यात्रा खर्चहरूको लागि उचित प्रतिपूर्ति निर्धारण गर्न अमेरिकी सामान्य सेवा प्रशासन (U.S. General Services Administration, GSA) का दरहरू प्रयोग गरिन्छन्। प्रतिपूर्ति अंग दान हुने क्षेत्र र वर्षका लागि GSA दर अनुसार प्रदान गरिनेछ। कृपया ध्यान दिनुहोस् कि GSA दर कार्यक्रमले प्रतिपूर्ति गर्न सक्ने अधिकतम दर हो, तर जब रसिदहरूले GSA दर भन्दा कम लागत देखाउँछन् भने दातालाई सोही रकममा प्रतिपूर्ति गरिनेछ। बसोबास, खाना र यातायातका लागि निर्दिष्ट खण्डहरू छन्। हालको GSA दरहरू [gsa.gov/travel](https://gsa.gov/travel) मा फेला पार्न सकिन्छ। यात्राका क्षेत्रहरू भर्नुहोस् जसका लागि तपाईं प्रतिपूर्ति अनुरोध गर्दै हुनुहुन्छ। प्रत्येक खण्डले संलग्न गर्नुपर्ने अतिरिक्त रसिदहरू सम्बन्धी मार्गदर्शन प्रदान गर्नेछ।

## बसोबास

कृपया तल जीवित दाता प्रक्रियाको मिति(हरू) र चरण(हरू) उल्लेख गर्नुहोस् जसका लागि तपाईं रात्रि बसोबास खर्चको प्रतिपूर्ति खोज्दै हुनुहुन्छ। बसोबास खर्चसँग सम्बन्धित सबै रसिदहरू संलग्न गर्नुहोस्

\*नोट: बसोबास खर्चको प्रतिपूर्तिका लागि योग्य हुन, जीवित दाता कार्यक्रमद्वारा निर्धारण गरिए अनुसार प्रत्यारोपण केन्द्रबाट एकतर्फी 75 माइल टाढा बस्नुपर्छ।

होटल	मूल्याङ्कन	शल्यक्रिया र स्वास्थ्यलाभ	फलो-अप
	देखि	देखि	देखि
	देखि	देखि	देखि
	देखि	देखि	देखि

## खाना

कृपया तल जीवित दाता प्रक्रियाको मिति(हरू) र चरण(हरू) उल्लेख गर्नुहोस् जसका लागि तपाईं खाना खर्चको प्रतिपूर्ति खोज्दै हुनुहुन्छ। कार्यक्रमको नीति अनुसार, जीवित दातालाई बसोबास आवश्यक पर्दा मात्र खानाको प्रतिपूर्ति गर्न सकिन्छ। खानाका रसिदहरू आवश्यक पर्ने छैनन्।

खाना	मूल्याङ्कन	शल्यक्रिया र स्वास्थ्यलाभ	फलो-अप
	देखि	देखि	देखि
	देखि	देखि	देखि
	देखि	देखि	देखि

## यातायात

यो खण्ड पूरा गर्दा, सुरु हुने र अन्त्य हुने स्थान अन्तर्गत, कृपया स्थानको विवरणका साथै ठेगाना उल्लेख गर्नुहोस्। विवरण होटल, घर, प्रत्यारोपण केन्द्र, आदि हुन सक्छ। प्रत्येक यात्राको लागि पूरा गर्नुहोस् (राउन्ड ट्रिप वा दोहोरो यात्रा समावेश नगर्नुहोस्)। तलको उदाहरण हेर्नुहोस्। कृपया कुनै पनि टिकट, रसिद, वा यात्राका प्रमाणहरू संलग्न गर्नुहोस्।

मिति	यातायातको माध्यम	माइल	सुरु हुने स्थान	अन्त्य हुने स्थान
उदाहरण 01/01/2025	निजी कार	150	घर 75 Something St Anywhere, NY 12345	प्रत्यारोपण केन्द्र Transplant Center St New York, NY 12345



## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## सहयोगी व्यक्ति यात्रा खर्चहरू

न्युयोर्क राज्य-जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले प्रत्यारोपण केन्द्रको प्रति यात्रा एक पटकमा एकजना सहयोगी व्यक्तिका लागि भुक्तानी गर्न सक्छ। सहयोगी व्यक्तिलाई जीवित दान प्रक्रियाका सबै चरणहरूमा गरी कुल 20 दिनसम्मका लागि \$100 को एकमुष्ट दैनिक दरमा प्रतिपूर्ति गरिन्छ।

## सहयोगी व्यक्तिको जानकारी

सहयोगी व्यक्तिको पहिलो नाम	थर	दातासँगको सम्बन्ध

कृपया तपाईंको सहयोगी व्यक्ति कति दिन तपाईंको साथमा हुनुहुन्थ्यो र उहाँहरूले सहयोग प्रदान गर्नुभएको मितिहरू उल्लेख गर्नुहोस्।

सहयोगका दिनहरूको संख्या: \_\_\_\_\_ मिति(हरू): \_\_\_\_\_ देखि \_\_\_\_\_

## तलका कथनहरू पढिसकेपछि कृपया आफ्नो तोकिएको खण्डमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्

म प्रमाणित गर्दछु कि पहिचान गरिएको सहयोगी व्यक्तिले उपलब्ध गराइएका मितिहरूमा प्रत्यारोपण केन्द्रमा मलाई भौतिक रूपमा साथ दिनुभएको थियो।

जीवित दाताको हस्ताक्षर:

मिति:

म प्रमाणित गर्दछु कि मैले जीवित दातालाई प्रत्यारोपण केन्द्रमा भौतिक रूपमा साथ दिएँ र उपलब्ध गराइएका मितिहरूका लागि व्यक्तिगत खर्चहरू व्यहोरेको छु।

सहयोगी व्यक्तिको हस्ताक्षर:

मिति:

## प्रमाणीकरण

म यसद्वारा प्रमाणित गर्दछु कि माथिका कुराहरू न्यायोचित, सत्य र सही छन्, र दाबी गरिएका रकमहरू जीवित दान प्रक्रियाको क्रममा आवश्यक थिए र खर्च भएका थिए।

हस्ताक्षर:

मिति:

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## ज्याला प्रतिपूर्ति

ज्याला प्रतिपूर्तिका लागि आवेदन दिन, तपाईंले आवश्यक पे-स्टबहरू (pay stubs), W-2/1099 र रोजगारदाता प्रमाणीकरण फारम पेश गरिसकेको हुनुपर्छ। जीवित दाता सहयोग कार्यक्रममा कुनै पनि अनुरोध गर्नु अघि तपाईंले आफूलाई उपलब्ध कुनै पनि तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ताहरूको उपयोग गर्न आवश्यक छ। केही उदाहरणहरूमा अल्पकालीन अशक्तता वा तपाईंको मानक सञ्चित विदा बाहेकको विदा (time off) प्रदान गर्ने रोजगारदाता कार्यक्रम समावेश छन्।

तपाईंको चिकित्सा प्रदायक (medical provider) द्वारा दाताको काम शारीरिक रूपमा कठिन भएको जस्ता विशेष परिस्थितिहरू निर्धारण गरिएको अवस्थामा बाहेक, जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमले कुल 4 हप्तासम्मको गुमेको ज्याला प्रतिपूर्ति गर्न सक्छ। विशेष परिस्थितिहरू अभिलेखीकरण गरिएको खण्डमा, कार्यक्रमले जीवित दाताको गुमेको ज्याला कुल 8 हप्तासम्मका लागि प्रतिपूर्ति गर्न सक्छ। कृपया 4 हप्ता भन्दा बढी काम बाहिर रहनु पर्ने विशेष परिस्थितिहरू के हुन् भनी संकेत गर्ने चिकित्सा प्रदायकको कागजात संलग्न गर्नुहोस्। कार्यक्रमको नीतिले मूल्याङ्कन चरणका लागि 2 दिन र प्रक्रियाको फलो-अप चरणमा प्रति कार्यालय भ्रमण 1 दिनको गुमेको ज्यालाको प्रतिपूर्तिलाई सीमित गर्दछ।

### न्युयोर्क राज्य-जीवित दाता सहयोग कार्यक्रम ज्याला प्रतिपूर्ति फारम

कृपया तपाईंलाई कुन तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ताहरू उपलब्ध छन् भनी उल्लेख गर्नुहोस्। यो रोजगारदाता सुविधाहरू, प्राप्तकर्ताको बीमा वा अन्य स्रोतहरू मार्फत हुन सक्छ: \_\_\_\_\_

के तपाईंले यी स्रोतहरूबाट प्रतिपूर्ति खोज्नुभएको छ? \_\_\_\_\_

के तपाईंले यी स्रोतहरूबाट प्रतिपूर्ति प्राप्त गर्नुभएको छ? \_\_\_\_\_

छ भने, कृपया तपाईंले केको लागि प्रतिपूर्ति प्राप्त गर्नुभएको छ, र प्राप्त रकमहरू उल्लेख गर्नुहोस्?

\*कुनै पनि तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ताहरू प्रयोग गर्दा कृपया यो प्रतिपूर्ति अनुरोधमा कागजात संलग्न गर्नुहोस्। कागजातमा भुक्तानीकर्ता स्रोतको स्पष्ट विवरण र प्रतिपूर्तिको प्रमाण समावेश हुनुपर्छ। प्रदान गरिएको कुरा स्पष्ट छैन भने कार्यक्रमले थप कागजात अनुरोध गर्न सक्छ, जसले सम्भावित रूपमा जीवित दाता सहयोग कार्यक्रमको प्रतिपूर्तिको प्रतीक्षा समय लम्ब्याउन सक्छ।

## काम बाहिरको समय

1 तपाईं कति समयदेखि काम बाहिर हुनुहुन्छ? \_\_\_\_\_

2 तपाईं कति समय काम बाहिर हुने अपेक्षा गर्नुहुन्छ? \_\_\_\_\_

3 के तपाईंसँग विशेष विचार (special consideration) को परिभाषाको आधारमा तपाईंको जागिर 8 हप्तासम्मको ज्याला प्रतिपूर्तिका लागि योग्य छ भन्ने कागजात छ? \_\_\_\_\_

कृपया प्रतिपूर्ति खोजिरहुनुभएको सबै मितिहरू (महिना/गते/वर्ष) र कामको घण्टाहरू उल्लेख गर्नुहोस्:

आइतबार	सोमबार	मङ्गलबार	बुधबार	बिहीबार	शुक्रबार	शनिबार
मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:
घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:
मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:
घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:
मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:	मिति:
घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:	घण्टा संख्या:

**OFFICE USE ONLY**

Application #:

Applicant #:

आइतबार	सोमबार	मङ्गलबार	बुधबार	बिहीबार	शुक्रबार	शनिबार
मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:	मिति: घण्टा संख्या:

यस अनुरोधका लागि कुल घण्टा: \_\_\_\_\_

**प्रमाणीकरण**

म यसद्वारा प्रमाणित गर्दछु कि माथिका कुराहरू न्यायोचित, सत्य र सही छन्, र दाबी गरिएका रकमहरू जीवित दान प्रक्रियाको क्रममा आवश्यक थिए र खर्च भएका थिए।

हस्ताक्षर:

मिति:

**FOR AGENCY USE ONLY**

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

