[ परिशिष्ट फारम नम्बर १ ]

|  |  |
| --- | --- |
| दर्ता मिति वर्ष महिना दिन | केस नम्बर |
| **उजुरीपत्र** |
| 1. आवेदक ( संस्थाको मामलामा, कृपया संस्था र प्रतिनिधिको नाम सँगै लेख्नुहोस् ।) |
| ① नाम \* | ② जन्म मिती \*। । । | ③ लिङ्ग \* | ④ राष्ट्रियता \* |
| ⑤ ठेगाना \* |
| ⑥ सम्पर्क ( फोन , मोबाइल फोन नम्बर वा इ-मेल )\* |
| ⑦ उजुरीको नतिजा कसरी सूचित गर्ने□ मेल/हुलाक (उजुरीपत्रमा भऐको ठेगाना) □मोबाइल मेसेज □ इमेल □ फ्याक्स※ यदि तपाईंले मोबाइल मेसेज चयन गर्नुभयो भने, केवल समाप्ति परिणाम सूचित गरिनेछ। समाप्तिको विस्तृत कारण अन्य विधिहरू जस्तै मेल/हुलाक वा इ-मेल मार्फत सूचित गर्न सकिन्छ। |
| २-१। पीडित ( उजुरीकर्ता र पीडित फरक भएमा लेख्नुहोस् ।) |
| ① नाम \* | ② जन्म मिती \*। । । | ③ लिङ्ग \* | ④ राष्ट्रियता \* |
| ⑤ ठेगाना \* |
| ⑥ सम्पर्क ( फोन , मोबाइल फोन नम्बर वा इ-मेल )\* |
| ⑦ निवेदक संग सम्बन्ध \* | ⑧ अरू |
| २-२। यदि उजुरक र पीडित फरक छन् भने के पीडितलाई आफूले उजुरी गरिरहेको कुरा थाहा छ ? |
| 1. थाहा छ र अनुसन्धान चाहान्छु ( ) ② थाहा छ तर अनुसन्धान चाहँदैन ( )

③ मलाई थाहा छैन ( ) ④ थाहा छ, तर मलाई थाहा छैन यदि उनीहरू अनुसन्धान गर्न चाहन्छन् की चाहदैनन् ( ) |
| 3. पीडितहरूको मानवअधिकार हनन गर्ने वा उनीहरूमाथि भेदभाव गर्ने पक्ष ( प्रतिवादी ) को हो ? |
| ① नाम | ② सम्बद्धता/ संगठन |
| ③ सम्पर्क |
| ४. पीडितहरूले भोग्नुपरेको मानवअधिकार उल्लङ्घन वा भेदभावपूर्ण कार्यहरूको सम्बन्धमा |
| ①के तपाईंले अनुसन्धान कर्यलयमा गुनासो, उजुरी दर्ता गर्नुभएको छ?□ छ □ छैन |
| ②के तपाईंले कहिल्यै अदालत वा संवैधानिक अदालत जस्ता उपचार एजेन्सीमा उपचार प्रक्रिया दायर गर्नुभएको छ? □ छ □ छैनछ भने कहिले र कसले ?□ कहिले ( ) □ एजेन्सी र केस नम्बर ( ) |
| ③ के तपाईंले राष्ट्रिय मानवअधिकार आयोगमा सोही विषयमा उजुरी गर्नुभएको छ ?□ छ □ छैन |
| छ भने कस्को नाम बाट ?□ कहिले ( ) □कस्ले ( ) |
| \* कृपया अवश्य लेख्नु /उल्लेख गरिदिनु होला । |

\* कृपया अवश्य लेख्नु होला ।

|  |
| --- |
| 5. पीडितले कस्तो प्रकारको मानवअधिकार उल्लङ्घन वा भेदभावपूर्ण कार्यहरू भोग्नु परेको छ ? |
| ① कहिले | ② ठाउँ |
| ③ विवरण ( यदि लेख्नको लागि पर्याप्त ठाउँ छैन भने, कृपया छुट्टै पानामा लेख्न जारी राख्नुहोस् ) |
| **६** कृपया यदि पीडितले भोगेको मानवअधिकार उल्लङ्घन वा भेदभावपूर्ण कार्य देखेको वा राम्रोसँग थाहा भएको व्यक्ति, र तपाइँसँग तथ्य प्रमाणित गर्न मद्दत गर्ने कुनै प्रमाण वा सामग्रीहरू छन् भने लेख्नुहोस् ।※ यदि चिकित्सा संस्थाहरूमा मानव अधिकार उल्लङ्घन वा भेदभावपूर्ण कार्यहरू प्रमाणित गर्न सहयोगी प्रमाणहरू छन् भने, कृपया मेडिकल रेकर्ड पढ्न र प्रतिलिपिहरू जारी गर्न सहमति, वारीसनामा (पावर अफ अटर्नी) फारम भर्नुहोस् र पेश गर्नुहोस्। |
| 7. संलग्न कागजातहरू : □ छ ( कागजातको नाम : ) □ छैन |
| आवेदक ( हस्ताक्षर वा छाप )\* तलको विवरण रिसेप्शनिस्ट द्वारा भरिने भाग हो । |
| अनुसन्धान एजेन्सीमा उजुरी गरेमा अनुसन्धान खारेज हुने जानकारी दिइएको छ । □20 वर्ष महिना दिनरिसेप्शनिस्ट: पद ( हस्ताक्षर वा छाप ) |
| 210 ㎜ × 297 ㎜ ( संरक्षण कागज (2 प्रकार ) 70 ग्राम/ ㎡ ) |