[ 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 □ छैन  छ 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 दिन  रिसेप्शनिस्ट: पद ( हस्ताक्षर वा छाप ) | |
| 210 ㎜ × 297 ㎜ ( संरक्षण कागज (2 प्रकार ) 70 ग्राम/ ㎡ ) | |