Annex-A

پاکستان بیت المال تھیلاسیمیا سنٹر
درخواست فارم برائے علاج معالجہ
مریض تھیلاسیمیا

گھرانے میں تھیلاسیمیا کے مریضوں کی تصاویر

1۔ نام درخواست گزار _____ 2۔ نام والد / والدہ _____

3۔ قومی شناختی کارڈ (کاپی) _____ 4۔ رابطہ (موبائل / فون نمبر) _____

5۔ مستقل پتہ _____

6۔ موجودہ پتہ _____

7۔ گھرانے میں تھیلاسیمیا کے مریضوں کی تفصیل:

نمبر شمار	نام	رشتہ	عمر	کیفیت

8۔ درخواست گزار کے زیر کفالت افراد کی تفصیل:

نمبر شمار	نام	جنس	عمر	رشتہ	پیشہ	تعلیم	تعلیمی ادارے کا نام ماہانہ فیس		مسلم / غیر مسلم	ماہانہ آمدن	کیفیت
							تعلیمی ادارے کا نام	ماہانہ فیس			
							ماہانہ کل فیس:		ماہانہ کل آمدن:		

9۔ پاکستان بیت المال سے حاصل شدہ امداد کی تفصیل _____

10۔ رہائش کی تفصیل: متعلقہ خانہ میں [✓] کا نشان لگائیے: ذاتی ☐ بلا معاوضہ ☐ کرایہ پر ☐ ماہانہ کرایہ مبلغ: _____

11۔ جائیداد کی تفصیل: _____ جائیداد سے حاصل شدہ ماہانہ آمدنی: _____

12۔ پیشہ / کاروبار کی تفصیل: _____ پیشہ / کاروبار سے حاصل شدہ ماہانہ آمدنی: _____

13۔ خاندان کی کل ماہانہ آمدن: _____

میں اللہ تعالیٰ کو حاضر و ناظر جان کر حلفاً بیان دیتا / دیتی ہوں کہ غربت کی وجہ سے اپنے بیٹا / اپنی بیٹی (مریض / مریضہ کا نام) _____ کا علاج نہیں کروا سکتا / سکتی اور پاکستان بیت المال سے علاج معالجہ کے لیے امداد کا / کی طلبگار ہوں۔ درج بالا کوائف میرے علم کے مطابق بالکل درست ہیں، اگر دوران تصدیق درج بالا کوائف درست ثابت نہ ہوں تو میری درخواست مسترد کر دی جائے۔

تاریخ: _____ دستخط / نشان انگوٹھا (درخواست گزار)