

6th Liaqat Road Opposite Hamid Ali Shah Masjid Sargodha 40100 Pakistan

Tel: +92 48 3740666 Fax : +92 48 374066

Email: info@helphumanity.net Website: www.helphumanity.net

Healthcare Support Program

صحت کی دیکھ بھال کا امدادی پروگرام

Registration Form - (رجسٹریشن فارم)						
J	, - /					Passport Size Photo
Date .	. REF#(f	for HELP office use only)				
ارج الح	,	حواله نمبر (صرف دفتری استعال کے لئے)				
						اپنی تصویر یہاں چسپاں کریں۔
Beneficiary Ir	nformation:				/والی کی معلومات:	امداد حاصل کرنے والے
,		Father / II.	ahaad Ni			
Name ار		Father / Hu				
,		 Gender □				
Date of Birth تاریخ پیدائش	Age					
Marital Status	□ Unmarried □ Married					
الانطاعة المعالمة الم	iviarried iviarried المسادي شده غير شادي شده	Divorced 🗆 طلاق یافتہ				
CNIC No:				T - T -	CNIC Expiry D	
شاختی کارڈ نمبر						
Profession پیثہ			Mon	ithly Income ماہانہ آ مدن		
Job Status	☐ Employed ☐ Unemplo	oved Self Emp	loved	·		
ملاز مت کی مخنشِیت	ے دوز گار بر میر روز گار بر روز گار					
Disability	□ No □ Yes If Yes!	Then, Type of Disabili	ity			
معذوري	وری کی قیم بتائیں باں نہیں		,			
Total Family Members Living With You: Male Female Total Members					lembers	
کُل افراد کی تعداد عورت مرد گھرانہ کے کُل افراد جو آ کِیکے ساتھ رہتے ہیں: Sr no: Name of Family Members Relation Age Marital Status Monthly Income						
نمبرشار المعاد	گھرکے افاراد کے نام	رشته	م ر مر	IVIG	عدس ازدواجی شه ۳	عادی المان المان ماہانہ آ مدن
1						
2						
3						
4						
5				Total Mo	onthly Income	
				i Otal Wio	گل ماہانہ آ مدن	

Family Members Who Are Studying: :گرک افراد جوزیرِ تعلیم ہیں

Sr no: نمبرشار	Name of Family Members گھر انہ کے افراد کے نام	Relation رشتہ	Name & Address of Institute نقلیمی اداره کانام اور پیة	Fee Per Month نابانہ فیں	Tuition per month (If applicable) اضافی تعلیمی افر اجات (اگر ہیں تو)
1					
2					
3					
4					
Total Fees & Tuition Charges کُل تغلیمی اخراجات					

Beneficiary H	صحت امداد وصول کُننده کی معلومات:		
Blood Group خون کا گروپ		Are You Taking Any Regular Medicat په روزانه کې ښياد په اوويات کا استعال کرتے ميں	
Are You Covid'19 Vaccinated? کیا آپ نے کووڈ سے بچاؤ کی ویکسین لگوائی ہے؟		Yes □ No نېيں ہاں	
Are you ever infected any of these disease? ? کیا آپ ان ٹیس سے کی بیاری کا شکار ہوتھی ہیں		☐ Tuberculosis (TB) ☐ Hepatitis (ئی۔ بی) تان تپرق (ئی۔ بی)	(Aids)
Disease			
بیاری	1)	2)	3)
Medical Condition طبئ حالت	□ Normal □ Swear شدید عام	Are You Under Treatme په زیرِعلان ۲ین ؟	nt? □Yes □No نہیں ہاں کیا آب
Doctor's Fee ڈاکٹر کی فیس		ent علاج	
Beneficiary D	octor / Hospital Info	ormation:	امداد کُنندہ کے ڈا کٹراور ہیپتال کی معلومات:
Hospital Name مبیتال کانام		Contact No: رابط نمبر	
Doctor Name ڈاکٹر کاٹام		Specialized مہارت	
Address ڈاک کا پیت			
Declaration:	Knowledge and belief, no		·
	-4	ہ صبح اور درست ہیں اور میں نے کسی قیم کی کوئی بات نہ چھپائی ہے	اعلامید: تمام بیان کر دہ معلومات میرے علم کے مطابق لُکل
Date	Signature of Applicant		
تار يِّ 	_//	د ستخط در خواس د هنده	

			d By HELP Office صرف دفتری استعال	
Donation Typ	oe:			عطيه کی قیم:
Monthly المابند ماباند Amount In Figure رقم بندسوں میں	Yearly الد	One Time صرف ایک د فعر Amount In Words ر قم گفظوں میں	Continuously [
Approved An	nount:			منظور شده رقم:
گل رقم (ہندسوں میں)		(In Words) لفظوں میں t are correct to the best		در خواست د ہندہ کی تمام معلومات میرے علم کے مطابق درست ہیں۔
Date / /	<u> </u>			العيلي آفس HELP OFFICE Mame & Signature with stamp نام اور د شخط بمعه نُمِر

Req	uired Documents	اہم کاغذات ہمراہ منسلک کریں
	Copy of CNIC	شاختی کارڈ کی کا پی
	2 Passport Size Photos	دوپاسپورٹ سائز نصاویر
	Doctor Latest Prescription	ڈاکٹر کا ککھیا ہوا تازہ نسخہ
	Latest Medical & Laboratory Reports	تازه تزیں طبئی اور لیبارٹری کی ربورٹس
	Covid'19 Vaccination Certificate	کووڈ 19سے بچاؤ کی ویکسین کا حکومتی سر ٹیفکیٹ
	Children Vaccination Letter or Certificate	بچوں کے حفاضتی ٹیکیوں کے کورس کا سر ٹیفکیٹ