



**Family Members Who Are Studying:**

گھر کے افراد جو زیر تعلیم ہیں:

Sr no: نمبر شمار	Name of Family Members گھرانہ کے افراد کے نام	Relation رشتہ	Name & Address of Institute تعلیمی ادارہ کا نام اور پتہ	Fee Per Month ماہانہ فیس	Tuition per month (If applicable) اضافی تعلیمی اخراجات (اگر ہیں تو)
1					
2					
3					
4					
Total Fees & Tuition Charges کل تعلیمی اخراجات					

**Beneficiary Health / Medical Information:**

صحت امداد وصول کنندہ کی معلومات:

Blood Group

خون کا گروپ

Are You Taking Any Regular Medication

کیا آپ روزانہ کی بنیاد پر ادویات کا استعمال کرتے ہیں

☐ Yes☐ No

ہاں نہیں

Are You Covid'19 Vaccinated?

کیا آپ نے کووڈ سے بچاؤ کی ویکسین لگوائی ہے؟

☐ Yes☐ No

ہاں نہیں

Are you ever infected any of these disease?

کیا آپ ان میں سے کسی بیماری کا شکار ہو چکے ہیں؟

☐ Tuberculosis (TB)

تپ دق (ٹی - بی)

☐ Hepatitis

یرقان

☐ HIV (Aids)

ایچ - آئی - وی (ایڈز)

Disease

بیماری

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Medical Condition

طبعی حالت

☐ Normal☐ Swear

عام

شدید

Are You Under Treatment?

کیا آپ زیر علاج ہیں؟

☐ Yes☐ No

ہاں نہیں

Doctor's Fee

ڈاکٹر کی فیس

Required Expense For Treatment

علاج کے لئے ممکنہ پیسوں کی ضرورت

**Beneficiary Doctor / Hospital Information:**

امداد کنندہ کے ڈاکٹر اور ہسپتال کی معلومات:

Hospital Name

ہسپتال کا نام

Contact No:

رابطہ نمبر

Doctor Name

ڈاکٹر کا نام

Specialized

مہارت

Address

ڈاک کا پتہ

**Declaration:**

It is hereby declared that all the data / information / facts rendered above all best of my Knowledge and belief, nothing is concealed.

اعلامیہ: تمام بیان کردہ معلومات میرے علم کے مطابق نکل صبح اور درست ہیں اور میں نے کسی قسم کی کوئی بات نہ چھپائی ہے۔

Date

تاریخ

Signature of Applicant

دستخط در خواست دہندہ

----- To Be Filled By HELP Office -----

صرف دفتری استعمال کے لئے

Donation Type:

عطیہ کی قسم:

Monthly ☐

ماہانہ

Yearly ☐

سالانہ

One Time ☐

صرف ایک دفعہ

Continuously ☐

مستل

Amount In Figure

رقم ہندسوں میں

Amount In Words

رقم لفظوں میں

Approved Amount:

منظور شدہ رقم:

Total Amount (in figures) \_\_\_\_\_ (In Words) \_\_\_\_\_

کل رقم (ہندسوں میں)

لفظوں میں

The statements made by the applicant are correct to the best of my knowledge.

درخواست دہندہ کی تمام معلومات میرے علم کے مطابق درست ہیں۔

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

تاریخ

HELP OFFICE ہیپ آفس

Name & Signature with stamp

نام اور دستخط بمعہ مہر

Required Documents

اہم کاغذات ہمراہ منسلک کریں

☐

Copy of CNIC

شناختی کارڈ کی کاپی

☐

2 Passport Size Photos

دو پاسپورٹ سائز تصاویر

☐

Doctor Latest Prescription

ڈاکٹر کا لکھا ہوا تازہ نسخہ

☐

Latest Medical & Laboratory Reports

تازہ ترین طبی اور لیبارٹری کی رپورٹس

☐

Covid'19 Vaccination Certificate

کوویڈ 19 سے بچاؤ کی ویکسین کا حکومتی سرٹیفکیٹ

☐

Children Vaccination Letter or Certificate

بچوں کے حفاظتی ٹیکوں کے کورس کا سرٹیفکیٹ