

# بیان حلفی

(ہوائے علاج معالجہ)

میں اللہ تعالیٰ کو حاضر و ناظر جان کر حلفاً بیان دیتا ہوں کہ میں بیت المال سے امداد کا کیستی۔ میرے کنبے کی ماہانہ آمدنی \_\_\_\_\_ روپے ہے۔ غربت کی وجہ سے علاج معالجہ کے اخراجات برداشت نہیں کر سکتا/کتی۔ پاکستان بیت المال سے علاج معالجہ کے لیے مالی امداد کا کی طلبگار ہوں۔ اگر میرا بیان کوائف غلط ثابت ہوئے تو میں پاکستان بیت المال کی امداد واپس کروں گا کی۔ مزید برآں پاکستان بیت المال میرے خلاف قانونی کارروائی کا حق رکھتا ہے۔ نام درخواست گزار \_\_\_\_\_ ولد/بیت ازوجیت \_\_\_\_\_ شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_

پتہ \_\_\_\_\_  
فون/اموبائل نمبر \_\_\_\_\_

دستخط/ نشان انگوٹھا

میں درخواست دہندہ کو ذاتی طور پر جانتا ہوں اور اللہ تعالیٰ کو حاضر و ناظر جان کر حلفاً گواہی دیتا ہوں کہ درخواست دہندہ غریب اور بیت المال سے امداد کا مستحق ہے۔

گواہ (2)

نام گواہ: \_\_\_\_\_ ولد/بیت: \_\_\_\_\_ نام گواہ: \_\_\_\_\_

شناختی کارڈ نمبر: \_\_\_\_\_ (بمستطالی) شناختی کارڈ نمبر: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_ فون/اموبائل نمبر: \_\_\_\_\_

دستخط: \_\_\_\_\_

دستخط: \_\_\_\_\_

## تصدیق کنندہ

تصدیق کی جاتی ہے کہ میں درخواست دہندہ کو ذاتی طور پر جانتا ہوں، جو کہ بیت المال سے امداد کا مستحق ہے۔ درخواست دہندہ کے معاشی حالات کو مد نظر رکھتے ہوئے پاکستان بیت المال سے علاج معالجہ کے استحقاق کی تصدیق کی جاتی ہے۔

نام تصدیق کنندہ: \_\_\_\_\_ شناختی کارڈ نمبر: \_\_\_\_\_

فون/اموبائل نمبر: \_\_\_\_\_ دستخط/بمستطہز: \_\_\_\_\_

نوٹ: اس فارم کو ایمینسٹریں، گنڈیڈ آفیسر، پاکستان بیت المال کے متعلقہ ضلعی افسر یا متعلقہ اکوائری افسر تصدیق کرنے کے مجاز ہوں گے۔

( نیز چیئر مین، زکوٰۃ کمیٹی، نمبر دار، نان گنڈیڈ اور ریٹائرڈ افسران تصدیق کرنے کے مجاز نہیں )