

کیٹن معظم علی شہید ویلفیر ہسپتال جہلم

PATIENTS' M.R. NO. _____

DATE. _____

فارم برائے جائزہ مستحق زکوٰۃ / صدقہ

یہاں پہ 1x1 کے
سائز کی تصویر لگائیں

نام _____ ولدیت / زوجہ _____

شناختی کارڈ / فارم نمبر _____ خاندان نمبر _____ مذہب _____

اگر مریض خود گھر کا سربراہ نہیں ہے تو یہاں پر گھر کے سربراہ کا شناختی کارڈ نمبر بھی لکھیں

موجودہ پتہ _____

مستقل پتہ _____

فون نمبر _____ موبائل نمبر _____

استحقاق زکوٰۃ کیلئے گھر کے سربراہ کی درج ذیل 8 چیزوں کا معلوم کرنا ضروری ہے:

سیریل نمبر	اشیاء	مالیت
1	سونا	
2	چاندی	
3	نقد رقم، کرنسی، بانڈ اور بی سی (کمپنی) وغیرہ	
4	تجارتی سامان	
5	ضرورت سے زائد سامان مثلاً ٹیلی ویژن (TV) وغیرہ	
6	گاڑی یا موٹر سائیکل	
7	پلاٹ زمین گھر کی مالیت	
8	ماہانہ تنخواہ یا آمدنی	
9	سیریل نمبر 1 سے 8 تک کی کل مالیت	
10	قابل ادائیگی قرض	
11	سیریل نمبر 9 سے سیریل نمبر 10 کو منہا کر دیں۔	

۳۔ تصویر زیادہ سے زیادہ 6 ماہ پرانی ہو۔

نوٹ: ۱۔ اپنا اور گھر کے سربراہ کا شناختی کارڈ یا فارم ساتھ لگائیں

۲۔ فارم کسی بھی تعلیم یافتہ شخص سے موزوں طور پر بھروائیں، یا ٹرسٹ کی انتظامیہ سے رجوع کریں۔ ۴۔ مندرجہ بالا ہدایات پر عمل کریں تاکہ آپ کو کسی قسم کی تکلیف نہ اٹھانی پڑے۔

وکالت نامہ

(صرف مسلمان مریضوں کے لیے)

میں مسی / مسماة ----- ولدیت / زوجہ ----- عمر ----- سال
عادل بالغ اقرار کرتی ہوں کہ میں سید (ہاشمی) نہیں اور شرعی قائدے سے کسی رو سے زکوٰۃ لینے کا / کی واقعی مستحق ہوں، لہذا میں اس معظم ہسپتال کی انتظامیہ اور نمائندوں کو اس بات کا اختیار دیتا / دیتی ہوں
کہ جب تک میں مستحق زکوٰۃ ہوں، اس وقت تک معظم ہسپتال کی انتظامیہ خود یا اس کے نمائندے میرے لئے زکوٰۃ صدقات کی رقم یا اشیاء وصول کریں اور اے میرے علاج معالجہ اور قیام پر خرچ کریں یا دیگر
مستحق مریضوں کے علاج معالجہ اور قیام پر خرچ کریں۔

(دستخط / نشان انگوٹھا درخواست دہندہ)

تاریخ _____

اقرار نامہ

(مسلم اور غیر مسلم مریضوں کے لیے)

میں سی / مسماة ----- ولدیت / زوجہ ----- عمر ----- سال
حلفاً بیان دیتا ہوں کہ نہ تو میں نے کسی قسم کے حقائق چھپائے ہیں اور نہ ہی اپنے کسی مالی وسیلے پر پردہ ڈالا ہے۔ مجھے بخوبی علم ہے کہ اس معظم ہسپتال کے زکوٰۃ / صدقہ فنڈ پر صرف اور صرف بیماری میں مبتلا انتہائی
نادار اور غریب مریضوں کا حق ہے لہذا اپنے مالی حالات کی رو سے میں اپنے آپ کے زکوٰۃ / صدقہ فنڈ سے امداد کا مستحق سمجھتا ہوں۔
مجھے اس بات کا بھی اعتراف ہے کہ اگر میں نے غلط بیانی کرتے ہوئے اور مالی وسائل چھپاتے ہوئے معظم ہسپتال کے زکوٰۃ / صدقہ فنڈ سے مالی امداد حاصل کی تو میں غریب اور نادار مریضوں کی حق تلفی کروں گا اور
یوں اللہ کے عذاب کو دعوت دوں گا اور اس بیماری سے شفا یابی کا بھی امیدوار نہ رہوں گا۔
مجھے علم ہے کہ ہسپتال کا عملہ میرے تمام مالی وسائل کی تفتیش بھی کر سکتا ہے جس پر مجھے کوئی اعتراض نہیں۔ میں اقرار کرتا ہوں کہ اگر میرے بتائے ہوئے حقائق صحیح ثابت نہ ہوئے تو میں اپنے علاج کا تمام خرچ
خود ہی نقد ادا کروں گا اور پہلے سے کی ہوئی زکوٰۃ / صدقہ کی رقم بھی معظم ہسپتال کو واپس ادا کروں گا۔

(دستخط / نشان انگوٹھا درخواست دہندہ)

تاریخ _____

تصدیق کنندہ: یہ تصدیق کی جاتی ہے درخواست کنندہ زکوٰۃ یا صدقہ لینے کا مستحق ہے۔

نام: _____

شناختی کارڈ نمبر _____

مہر: _____

انتظامیہ کے استعمال کے لیے

رقم برائے راج الوقت نصاب _____

درخواست کنندہ مستحق قرار دیا جاتا ہے۔ (کسی ایک پر نشان لگائیں) زکوٰۃ صدقہ فوری علاج کی شرح فیصد ظاہر کریں _____ %

ہسپتال کی مہر لگائیں

سفارش کنندہ: _____

منظور کنندہ: _____