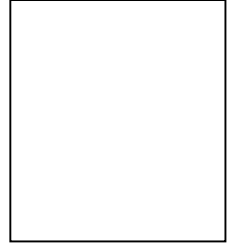




APPLICATION FORM
FOR
Disability Certificate



Board Date: _____
Serial # : _____

NAME (IN Block Letters):
نام

Father's/Husband Name
والد/ شوہر کا نام

Date of Birth تاریخ پیدائش
D D M M Y Y Y Y

CNIC No. معذور فرد کا
معذور فرد کا شناختی کارڈ نہ ہوتو "ب" فارم سے نمبر لکھیں ورنہ خالی چھوڑ دیں

Disability: معذوری کی نوعیت _____

Cause of Disability: وجہ معذوری _____

Qualification: تعلیم _____

Domicile: ڈومیسائل _____

Religion: مذہب _____

Address with District: _____

پتہ بمعہ ضلع _____

Mobile No. موبائل نمبر _____

Applicant Signature درخواست دہندہ کا دستخط _____

----- FOR OFFICE USE ONLY دفتر استعمال کے لیے -----

Type of Disability _____

Note: 4 photo (new)
4 N.I.C copy (disable person) or "B" form copy
Or Birth Certificate
4 N.I.C copy (Father and Mother)
Treatment Record
Form will submitted on Wednesday only

چار تصویریں
چار شناختی کارڈ کی نقل یا ب فارم کی نقل
یا پیدائشی سرٹیفکیٹ کی چار نقل
چار شناختی کارڈ کی نقل (والد اور والدہ کی
علاج معالجے کی دستاویزات
فارم صرف بدھ کو جمع ہوگا