



حکومت بلوچستان
محکمہ سماجی بہبود خصوصی تعلیم و انسانی حقوق
بلوچستان عوامی انڈومنٹ فنڈ برائے سوشل ویلفیئر
درخواست فارم

Part-I

1	مریض / درخواست گزار کا نام
2	والد / شوہر کا نام
3	قومی شناختی کارڈ نمبر
4	عمر
5	جنس
	مرد / عورت
6	درخواست گزار کا مریض سے رشتہ
7	مریض یا درخواست گزار کا ذریعہ معاش
	ماہوار آمدنی
8	لوکل / ڈومیسائل کا ضلع اور مستقل ایڈریس
9	موبائل نمبر
10	اگر مریض معذور ہے تو معذوری کی تفصیل
11	معذوری سرٹیفکیٹ نمبر بمعہ تاریخ اجراء

اقرار نامہ

میں تحریری طور پر اقرار کرتا/ کرتی ہوں کہ درج بالا کوائف میرے علم/سمجھ کے مطابق درست ہیں اور میں نے دانستہ کوئی بات نہیں چھپائی ہے۔ کسی بھی طرح کی غلط بیانی ثابت ہونے کی صورت میں میری درخواست رد کی جائے گی اور ایسی صورت میں تمام تر نتائج/ قانونی کارروائی وغیرہ کی ذمہ داری مجھ پر عائد ہوگی۔ میں نے تمام تفصیلات اچھی طرح پڑھ/ سمجھ کر بقائم ہوش و حواس دستخط کیئے ہیں۔

تاریخ

دستخط مریض/ درخواست گزار

Part-II

Temporary Ref. issued by District _____ No.BAEF/MT/SW: _____

رپورٹ منجانب ڈپٹی ڈائریکٹر/ سوشل ویلفیئر آفیسر	
تصدیق کی جاتی ہے کہ مریض/ درخواست گزار _____ والد/ شوہر کا نام _____	
مستحق خاندان سے تعلق رکھتا ہے اور علاج پر آنے والے اخراجات ادا کرنے کی استطاعت نہیں رکھتا۔ اس کے حق میں سفارش کی جاتی ہے	
Signature of Deputy Director/SW Officer & Stamp: _____ Name: _____ Designation: _____ Date: _____	پیش امام/ خطیب کا نام _____ دستخط و مہر _____ قومی شناختی کارڈ نمبر _____ فون نمبر _____ مسجد کا نام و پتہ _____ تاریخ _____

Note: Please attach attested copies of CNIC, Local/Domicile, B Form, two passport size photographs original & most recent medical test reports of patient, CNIC copy of Khateeb, Social Welfare's covering letter with this form.

Part: III**Socio economic status of the patient: (to be filled in by Deputy Commissioner)**

1	Name of Applicant/Patient	
2	Address:	
3	CNIC No:	
4	Any vehicular transport in the house.	
5	Occupation of applicant.	
6	Monthly Income of the applicant.	
Signature with Stamp of Deputy Commissioner		

Part: IV

To be filled by Concerned Assistant/Associate Professor/Professor of the concerned disease of BMCH, Sandeman Provincial Hospital, CENAR and CMH Quetta

A) In case of patients diagnosed at BMC Hospital and Sandeman Provincial Hospital, Quetta

1	Name of patient		
2	Nature of Illness		
3	Clinical examination	i.	
		ii.	
		iii.	
4	Diagnosis		
5	Treatment options a) Medical b) Surgical		
6	Estimated cost of treatment		
7	Prognosis		
8	Facilities available in Balochistan	Yes: _____	No: _____

B) In case of patient referred by other panel hospitals

The diagnoses report issued from Hospital _____ has been checked and the patient Mr./Mrs. _____ is recommended for treatment at _____ Hospital.

Countersigned by:
Medical Superintendent

Signature with stamp of
Medical Specialist/ Assistant Professor
Associate Professor/Professor

Part: V

Permanent Ref: No. BAEF/SW/MT/_____

Report by In-charge Program Management Cell

It is certified that the case of Patient Mr./Mrs. _____ S/o, D/o, w/o _____ has been found correct / complete and submitted for approval of the Board.

Signature with stamp of
DG/In-charge Program Management

Part: VI**Decision of the Chairman of Board for Balochistan Awami Endowment Fund for Social Welfare**

The case of patient Mr./Mrs. _____ S/o, D/o, W/o _____ Was placed before Board meeting held on dated: _____ and approved/rejected unanimously on the recommendation of the Board Members.

Chairman
Balochistan Awami Endowment Fund
For Social Welfare

"حلف نامہ"

میں _____ ولد/بنت/زوجہ _____

شناختی کارڈ نمبر _____ سکھ _____ رابطہ نمبر _____

حلفیہ بیان کرتا/کرتی ہوں کہ میں مذکورہ بالا پتہ پر رہائشی ہوں اور ضلع _____ کا لوکل/ٹومیسائل باشندہ ہوں۔ یہ کہ میں غریب/مستحق گھرانے سے تعلق رکھتا/رکھتی ہوں۔

یہ کہ میں/میرے والدین/شوہر/زوجہ/اولاد میں سے کوئی بھی کسی بھی سرکاری/نیم سرکاری/وفاقی/صوبائی محکموں کا ملازم نہیں ہے۔

یہ کہ میں/میرے والدین/شوہر/زوجہ/اولاد جسکا نام _____ ہے جو کہ _____ کے مہنگ مرض میں مبتلا ہے۔ میری مالی حالت اس بیماری کے علاج کے اخراجات برداشت نہیں کرسکتے۔ لہذا حکومت بلوچستان محکمہ سماجی بہبود سے درخواست ہے کہ بلوچستان عوامی انڈومنٹ فنڈ سے اس مرض کے علاج کا بندوبست کیا جائے۔

یہ کہ مذکورہ بالا بیان میرے علم، یقین کے مطابق سچ ہے جس میں کوئی بات دانستہ نہیں چھپائی گئی ہے۔ میری غلط بیانی ثابت ہونے کی صورت میں ادارہ بڈا/حکومت کو اختیار ہوگا کہ وہ میرے خلاف قانونی کارروائی عمل میں لائیں۔ میرا بیان بس اسقدر ہے۔

العبد حالف _____ مورخہ _____

تصدیق کنندہ ضلعی خزانہ آفیسر

نام دستخط و مہر _____

اضافی بیان بجانب ضلعی خزانہ آفیسر _____

چیک لسٹ برائے بلوچستان عوامی انڈومنٹ فنڈ برائے سماجی بہبود کو ملے۔

- ۱۔ متعلقہ ضلع کے ڈپٹی ڈائریکٹر برائے سوشل ویلفیئر سے فارم پر تصدیق کروائیں۔
- ۲۔ متعلقہ ڈپٹی ڈائریکٹر برائے سوشل ویلفیئر سے کوریج لیٹر بنام ڈائریکٹر جنرل سماجی بہبود یا ڈائریکٹر بلوچستان عوامی انڈومنٹ فنڈ کو ملے کے نام درخواست کے ساتھ لگائیں فارم کے ساتھ لگائیں۔
- ۳۔ فارم کے دوسرے حصے پر اس علاقے کے ایک رجسٹرڈ مولوی سے فارم سے تصدیق کروائیں اور فارم کے ساتھ ان کا تصدیق شدہ کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ (جو زائد المیاد نہ ہو) کی کاپی لگوائیں۔
- ۴۔ فارم کے ساتھ مریض کی دو عدد تصدیق شدہ تصویریں لگائیں۔
- ۵۔ مریض کے شناختی کارڈ کی تصدیق شدہ نقل (جو زائد المیاد نہ ہو) لگائیں۔
- ۶۔ (مریض کا لوکل / ڈومیسائل تصدیق شدہ) اگر لوکل نہیں بنا تو متعلقہ ضلع کے ضلعی انتظامیہ سے رہائش سرٹیفکیٹ اور سرپرست کے لوکل کی کاپی تصدیق شدہ ہمراہ منسلک کریں۔
- ۷۔ مریض اگر بچہ ہے تو ب فارم کی تصدیق شدہ کاپی لگائیں۔
- ۸۔ درخواست فارم کے ساتھ مریض کے حالیہ تمام میڈیکل رپورٹس اور پینل / اصلی لگائیں۔
- ۹۔ درخواست گزار اگر کینسر کا مریض ہے تو BIOPSY اور pathology رپورٹس لازمی لگائیں اس کے بغیر درخواست قابل قبول نہیں ہے۔
- ۱۰۔ درخواست فارم متعلقہ ضلع کے ڈی سی سے تصدیق کروائیں۔
- ۱۱۔ اگر مریض سرکاری ملازم نہیں ہے تو وہ ایک اسٹامپ پیپر پر ضلعی خزانہ آفیسر سے تصدیق کروا کر درخواست کے ساتھ منسلک کریں۔
- ۱۲۔ اگر مریض کا شوہر انتقال کر گیا ہے تو فارم کے ساتھ ڈچھ سرٹیفکیٹ لازمی لگائیں۔
- ۱۳۔ وہ مریض جن کو BAEF کے نامزد ڈاکٹرز بلوچستان سے باہر علاج کے لئے ریفر کرتے ہیں وہ اس پینل پر موجود ہسپتال کا computerized estimate لازمی ہمراہ منسلک کریں ورنہ درخواست منظور نہیں کی جائے گی۔

نوٹ:- کوئی بھی معلومات ادھوری یا غلط بیانی کی بنیاد پر درخواست مسترد کر دی جائے گی۔