

استحقاق سرٹیفکیٹ

فارم نمبر _____

بنک اکاؤنٹ _____

کوڈ نمبر _____

مقامی زکوٰۃ کمیٹی _____

ضلع _____

تحصیل _____

تصدیق کی جاتی ہے کہ (نام مستحق) _____

والد / خاوند کا نام _____

شناختی کارڈ نمبر _____

عمر _____

بیماری _____

سکنہ / موضع _____

طبی اداروں کے ذریعہ امداد کیلئے مستحق زکوٰۃ قرار دیا گیا ہے۔ اس کا نام رجسٹر مستحقین (LZ-19) میں

نمبر شمار _____

پر درج کیا ہے۔

دستخط و مہر

چیئر مین ضلع زکوٰۃ عشر کمیٹی / ضلعی زکوٰۃ آفیسر

دستخط و مہر

چیئر مین مقامی زکوٰۃ عشر کمیٹی

ہسپتال _____

ہیلتھ ویلفیئر کمیٹی _____

نوٹ

۱۔ مریض کے شناختی کارڈ کی فوٹو کاپی ساتھ منسلک کریں۔

۲۔ یاد رہے کہ چیئر مین یا ضلع زکوٰۃ آفیسر کے دستخط (دیگر اضلاع) کے ہسپتالوں میں علاج کی صورت

میں ثبت / حاصل کئے جائیں گے۔

۳۔ غیر مستحق فرد کی تصدیق کے ذمہ داری چیئر مین مقامی زکوٰۃ کمیٹی پر ہوگی۔

۴۔ استحقاق سرٹیفکیٹ کی فوٹو کاپی ناقابل قبول ہے۔

استحقاق شریفیت برائے سچے زکوٰۃ مریمان

مقامی زکوٰۃ کمیٹی کوڈ نمبر تفصیل صلح

[illegible]

تاریخ تصدیق کرد و نمبر

مستقل پتہ سکھو _____ تحصیل _____ ضلع _____

تاریخ: _____

غریب اور مستحق زکوٰۃ ہے۔ مقامی زکوٰۃ کمیٹی کی فہرست مستحقین (رجسٹر ایل زیڈ - 19) میں اس کا سیریل نمبر۔۔۔۔۔۔۔۔

اور علاج معالجہ کے لیے اس کے پاس کوئی ذریعہ آمدن نہ ہے لہذا ازکوۃ فنڈ سے اس کے مفت علاج و معالجہ کے لیے سفارش کی جاتی

$$-\frac{1}{6}$$

دستخط چیرمین مقامی زکوٰۃ کمیٹی

نام۔

نہیں

تاریخ

نوٹ: دوسرے اضلاع سے زکوٰۃ فنڈ سے علاج و معالجہ کی سہولت حاصل کرنے کے لیے اپنے مقامی زکوٰۃ کمیٹی کے

چیرمین کی تصدیق کے علاوہ متعلقہ اصناف کے چیرمین یا ضلع زکوٰۃ آفیسر تصدیق کے بعد