



درخواست فارم برائے کمپیوٹرائزڈ وفات رجسٹریشن
کمپیوٹرائزڈ وفات رجسٹریشن کے حصول کے لئے درج ذیل فارم پر کر کے متعلقہ یونین کونسل سے رابطہ کریں۔



Applicant Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 درخواست دہندہ کا نام

2 کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر

Deceased Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 متوفی کا نام

4 کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر

5 درخواست دہندہ سے رشتہ

Father Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8 والد کا نام

9 کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر

Husband Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 شوہر کا نام

11 کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر

12 جانے وفات

والد کا تاریخ پیدائش

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاریخ پیدائش

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13

تاریخ تدفین

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاریخ وفات

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nature of Death

Normal Still Birth Dead body found

14

Reason of Death

Natural Un Natural

15 مدت علت

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رشتہ

کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ نمبر

16 قریبی رشتہ دار/تدفین کنندہ کا نام

Additional Info

17 ڈاکٹریٹ کونسل کا نام _____ اضافی معلومات _____

18 پتہ _____

یونین کونسل _____ تحصیل _____ ضلع _____

دستخط/نشان انگوٹھا درخواست دہندہ _____ تاریخ _____

تصدیق کنندہ کی مہر	گزنیڈ افسران اس فارم کو تصدیق کر سکتے ہیں۔ عوام کے منتخب نمائندے اور نمبردار صرف اپنے حلقے یا گاؤں کے افراد کی تصدیق کر سکتے ہیں۔																											
	تصدیق: میں تصدیق کرتا کرتی ہوں کہ درخواست دہندہ کو ذاتی طور پر جانتا ہوں اور جو کوائف اس فارم میں درج ہیں میرے علم کے مطابق درست ہیں																											
	تصدیق کنندہ کا نام اور عہدہ:																											
	تصدیق کنندہ کا شناختی کارڈ نمبر																											
برائے دفتری استعمال																												
دستخط و مہر سیکرٹری یونین کونسل _____ تاریخ _____	لیٹ <input type="checkbox"/> نارل <input type="checkbox"/>																											
نام _____	<table border="1" style="width:100%; height: 15px;"><tr><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td></tr></table>																											
ضلع _____ یونین کونسل _____	CRMS NO ISSUED																											