



EHSAS UMEED PROGRAM

(احساس امید پروگرام محکمہ زکوٰۃ خیبر پختونخوا)



LZC Locality: ☐ VC ☐ NC ☐ Ward LZ-19 Register No: _____ Date: _____

PART I: Personal Profile of Person with Disability-PWD (خصوصی افراد کی ذاتی معلومات)

1. Name (نام): _____
2. Father/Husband's Name (والد / شوہر کا نام): _____
3. Gender (جنس): ☐ Male (مرد) ☐ Female (عورت)
4. Form-B/ CNIC No (فارم ب / شناختی کارڈ نمبر): _____
5. Date of Birth (تاریخ پیدائش): _____
6. Marital Status (ازدواجی حیثیت): ☐ Single (غیر شادی شدہ) ☐ Married (شادی شدہ) ☐ Divorced (طلاق یافتہ) ☐ Widow (بیوہ)
7. Address (پتہ): _____
8. Contact (رابطہ نمبر): _____

PART II: Details of Disability (حصہ دوم: خصوصی افراد کی تفصیلات)

1. Type of Disability (معذوری کی قسم): ☐ Hearing (سماعت) ☐ Visual (بصارت) ☐ Mental (ذہنی) ☐ Physical (جسمانی)
2. Degree of Disability (معذوری کی شدت): ☐ Mild (معمولی) ☐ Moderate (درمیانی) ☐ Severe (شدید)

PART III: Details of Guardian (To be filled if PWD is Minor or requires guardian assistance)

سرپرست کی تفصیلات: (اگر معذور نابالغ ہو یا سرپرست کی معاونت درکار ہو تو پُر کیا جائے)

1. Whether guardian will receive payment on behalf of the applicant. ☐ Yes (ہاں) ☐ No (نہیں)
(کیا سرپرست درخواست گزار کی جانب سے رقم وصول کرے گا؟)
2. Name of Guardian (سرپرست کا نام): _____
3. Father/Husband's Name (والد / شوہر کا نام): _____
4. Relationship to PWD (معذور شخص سے رشتہ): ☐ Father (والد) ☐ Mother (والدہ) ☐ Brother (بھائی) ☐ Sister (بہن) ☐ Other (دیگر (وضاحت کریں)) (specify): _____
5. CNIC No (شناختی کارڈ نمبر): _____
6. Address (پتہ): _____
7. Contact (رابطہ نمبر): _____

PART IV: Socio-Economic Profile (معاشی و سماجی صورتحال)

1. Total Family Members (کل خاندانی افراد کی تعداد): _____
2. No. of Disabled Family Members (خاندان میں دیگر معذور افراد کی تعداد (درخواست گزار کے علاوہ)): _____
3. Orphan Status (یتیمی کی حیثیت): ☐ Single-parent orphan (mother alive) (والد وفات (والدہ حیات))
☐ Both parents deceased (دونوں والدین وفات پے) ☐ Not Orphan (یتیم نہیں ہے)
4. Head of the Family/Primary Earner (کیا درخواست گزار خاندان کا سربراہ / بنیادی کفیل ہے): ☐ Yes (ہاں) ☐ No (نہیں)
5. Does the PWD have dependents (کیا معذور شخص کے زیر کفالت افراد ہے؟): ☐ Yes (ہاں) ☐ No (نہیں)
• If yes, specify the number (اگر ہاں، تو تعداد درج کرے): _____
6. Monthly Income (ماہانہ آمدن): _____
7. Source of Income (آمدن کا ذریعہ):
• ☐ Govt Job (سرکاری ملازمت) ☐ Private Job (نجی ملازمت) ☐ Rental Income (کرایہ آمدن)
☐ Business (کاروبار) ☐ Pension (پنشن) ☐ Labour (مزدوری)
• ☐ Assistance from Zakat Department (محکمہ زکوٰۃ سے امداد) (Specify کریں: _____)
• ☐ Assistance from other Govt. Departments (سرکاری محکموں سے امداد) (Specify کریں: _____)
8. House Ownership (مکان کی ملکیت): ☐ Owned (ذاتی) ☐ Rented (کرایہ پر) ☐ Rent-free (بغیر کرایہ) ☐ Homeless (گھر)
9. Housing Status (مکان کی نوعیت): ☐ Kacha (کچا) ☐ Semi-Kacha (نیم پکا) ☐ Pakka (پکا)
10. Assets Owned (ملکیاتی اثاثے): ☐ Land (زمین) ☐ Vehicle/Motorcycle (گاڑی / موٹر سائیکل) ☐ Livestock (مال مویشی)
☐ Precious Metals (Gold, Silver, etc.) (سونا، چاندی وغیرہ) ☐ None (کوئی نہیں)
11. Access to (سہولیات تک رسائی): ☐ Electricity (بجلی) ☐ Gas (گیس) ☐ Water (پانی) ☐ None (کوئی نہیں)

Local Zakat Chairman Signature / Stamp

District Zakat Officer Signature

مقامی زکوٰۃ کمیٹی چیئرمین کے دستخط / مہر

ضلعی زکوٰۃ آفیسر کے دستخط

منسلک درکار دستاویزات: معذور/سرپرست شناختی کارڈ کاپی LZ-19 رجسٹر کاپی کارروائی اجلاس کاپی