



Information for the referring doctor/person :

- Please fill in the name of the child, contact information and signature of a parent/legal guardian.
- WhatsApp a clear picture of the form and the latest prescription to 03086770106. Save the hard copy.
- Please lodge a complaint by calling at 051-8313214 in case you do not receive an acknowledgement within 05 working days.
- Please inform the parent / legal guardian to expect Meethi Zindagi's representative to contact them for further documentation.
- Once the documentation process is completed, the child will be supported until they reach the adult age of 18 years, or in case of college/university education, the age of 21 years.

حوالہ دینے والے ڈاکٹر / شخص کے لئے معلومات

- براہ کرم بچے کا نام ، رابطہ کی معلومات اور والدین قانونی سرپرست کے دستخط کو بھریں۔
- واٹس ایپ پر فارم کی ایک واضح تصویر اور جدید ترین نسخہ پر بھیجیں۔ ہارڈ کاپی کو محفوظ کریں۔ 03086770106
- اگر آپ کو 05 کام کے دنوں میں اعتراف موصول نہیں ہوتا ہے تو براہ کرم 8313214-051 پر فون کر کے شکایت درج کریں۔

Personal Information: ذاتی معلومات

Name of the child (بچے کا نام)	RAEES RAEES	Religion (مذہب)	MUSLIM SYED
Gender (جنس)	MALE	City (شہر)	ASD
Class (کلاس)	0	Date of Birth (تاریخ پیدائش)	2021-06-02
School Name and Address (اسکول کا نام)			
Residential Address (رہائشی پتہ)	ASFD		
Postal Address (ڈاک کا پتہ)			

Parent's Information: والدین کی معلومات

Father Name (والد کا نام)	Father's Contact (والد کا رابطہ نمبر)	03
Father's Occupation (والد کا پیشہ)	Father's CNIC (والد کا قومی شناختی کارڈ)	
Mother's Name (والدہ کا نام)	Mother's Contact (والدہ کا رابطہ نمبر)	03
Mother's Occupation (والدہ کا پیشہ)	Mother's CNIC (والدہ کا قومی شناختی کارڈ)	

Medical Information: طبی معلومات

Referred by (Dr.& Hospital Name) (ڈاکٹر اور اسپتال کا نام)	27 11	
Diagnosed on (کب تشخیص ہوئی)	2021-06-04	Glucometer Owned (شوگر چیک کرنے والی مشین) <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Complications/ conditions at the time of registration (اندراج کے وقت کوئی اور پیچیدگی)		
<input checked="" type="checkbox"/> Eye (آنکھ)	<input type="checkbox"/> Foot (پاؤں)	<input type="checkbox"/> Kidneys (گردے)
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular (دل)
		<input type="checkbox"/> Other (دیگر)

Consent by Parent/ Legal Guardian on behalf of the child (والدین کی طرف سے بچے کی رضامندی)

I wish to register my child for support from Meethi Zindagi. I give my consent to Meethi Zindagi, its affiliates and agents, to use my image and details, in accordance with its data privacy policy. This consent includes

میں اپنے بچے کو سپورٹ میٹھی زندگی کے لئے رجسٹر کرنا چاہتا ہوں۔ میں میٹھی زندگی کو ، اس سے وابستہ تنظیموں اور ایجنٹوں کو ، اس کی اعداد و شمار کی رازداری کی ، پالیسی کے مطابق ،

اپنی شبیہ اور تفصیلات استعمال کرنے کے لئے اپنی رضامندی دیتا ہوں۔ اس رضامندی میں شامل ہیں

☐ This consent is given for use on public media.

اس رضامندی کے مطابق بچوں کی تصاویر ہیں اور ڈیٹا کو عوامی میڈیا پر دکھایا جاسکتا ہے

☒ This consent is given for restricted sharing with sponsors / authorities only.

رضامندی صرف اسپانسرز / حکام کے ساتھ محدود شیئرنگ کے لئے دی جاتی ہے

☐ This consent is given for using data for case studies, research and statistics.

یہ رضامندی کیس اسٹڈیز ، تحقیق اور اعدادوشمار کے لئے اعداد و شمار کے استعمال کے لئے دی گئی ہے

والدین / سرپرست کے دستخط / انگوٹھے کا تاثر

Sign / thumb impression of parent / guardian: _____

Date: _____

For office use only.

All documents have been received and the child is eligible for support.

Signature of registering authority

Stamp