

# درخواست فارم برائے رجسٹریشن موت فیلڈ آفس نمبر

تمام نام اردو انگریزی دونوں زبانوں میں تحریر فرمائیں۔

NAME OF APPLICANT \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ کا نام  
C.N.I.C No. OF APPLICANT \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ کا شناختی کارڈ نمبر  
NAME OF DECEASED \_\_\_\_\_ متوفی  
C.N.I.C No OF DECEASED \_\_\_\_\_ متوفی کا شناختی کارڈ نمبر  
RELATION WITH APPLICANT \_\_\_\_\_ متوفی کا درخواست گزار سے رشتہ  
RELIGION / GENDER \_\_\_\_\_ جنس / مذہب  
NAME OF DECEASED's FATHER \_\_\_\_\_ متوفی کے والد کا نام  
C.N.I.C No. OF FATHER \_\_\_\_\_ والد کا شناختی کارڈ نمبر  
NAME OF DECEASED's MOTHER \_\_\_\_\_ متوفی کی والدہ کا نام  
C.N.I.C No. OF MOTHER \_\_\_\_\_ متوفی کی والدہ کا شناختی کارڈ نمبر  
PLACE OF DEATH \_\_\_\_\_ جائے وفات  
DATE OF BIRTH DECEASED \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش متوفی  
DECEASED's HUSBAND NAME \_\_\_\_\_ متوفی کے شوہر کا نام  
C.N.I.C No. OF HUSBAND \_\_\_\_\_ شوہر کا شناختی کارڈ نمبر  
DATE OF DEATH \_\_\_\_\_ تاریخ وفات  
DATE OF BURIAL \_\_\_\_\_ تاریخ دفن  
CAUSE OF DEATH \_\_\_\_\_ وجہ موت  
NAME OF GRAVEYARD \_\_\_\_\_ قبرستان کا نام  
DOCTOR / HOSPITAL NAME \_\_\_\_\_ ڈاکٹر یا ہسپتال کا نام  
\_\_\_\_\_ مدت علالت

نام تدفین کنندہ مع شناختی کارڈ نمبر \_\_\_\_\_  
پتہ درخواست دہندہ \_\_\_\_\_  
میں حلیہ اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا کوائف میرے علم و یقین کے مطابق درست ہیں اور کسی ورغ گوئی یا غلطی کا / کی از خود ذمہ دار ہوں گا / ہوں گی۔  
نوٹ - (درخواست فارم کے ساتھ مندرجہ ذیل کاغذات لف کے بغیر فارم وصول نہیں کیا جائے گا) \_\_\_\_\_ دستخط درخواست دہندہ

## اندراج اموات شیڈول

1- متوفی / متوفیہ کے والدین کے شناختی کارڈ کی کاپی۔ 2- ہسپتال کا ڈیٹھ شٹیکٹ 3- درخواست دہندہ کی طرف سے 50 روپے کا اہتمام پر بیان حلفی وفات کے 60 یوم کے بعد ہونے والے اندراج کے لیے ضروری ہوگا کہ درخواست دہندہ اندراج کے لیے عدالت سے رجوع کرے اور عدالت کا فیصلہ حتمی تصور کیا جائے گا۔

لوکل گورنمنٹ نمبر 17100 میٹروپولیٹن کارپوریشن لاہور۔

فیلڈ آفس نمبر

CRMS No. \_\_\_\_\_