



BAGH-E-ZEHRA

— WELFARE TRUST —

Khoja **Non Khoja**

Application Form

Applicant File No. _____

Issuing Date _____

Receiving Date _____

Name of Applicant _____

S/o. D/o. W/o. _____

CNIC # _____

Contact No # _____

G-1, G-2, Khurasan View Appartment, Muhammad Ali Habib Road,
Near Zainab Panjwani Memorial Hospital, Soldier Bazar, Karachi
Ph: 021-32245112-113

درخواست کے لیے مندرجہ ذیل معلومات اور دستاویزات ضروری ہیں

درخواست کی تاریخ ----- درخواست دہندہ صرف مرد حضرات ہو سکتے ہیں۔ ماہ سواۓ بیوہ، طلاق یافتہ یا علیحدگی ہو گئی ہو
نام ----- والد یا شوہر کا نام -----

خاندانی نام -----

مکمل رہائشی پتہ -----

(ذاتی مکان یا پگڑی یا کرایہ) کرایہ مہینہ کا -----

رابطہ نمبر: -----

پیشہ -----

درخواست گزار کی ماہانہ آمدنی ----- گھر کے دیگر افراد کی ماہانہ آمدنی -----

خاندان کے افراد ----- شوہر اور زوجہ ----- بیٹے ----- بیٹیاں -----

والدین ----- اور دوسرے رشتہ دار جو ساتھ رہتے ہوں ----- کل اہل خانہ کی تعداد

آپ کتنی رقم کا انتظام کر سکتے ہیں -----

قرضہ کتنا درکار ہے -----

ہر مہینہ کتنی قسط ادا کر سکتے ہیں -----

دیگر رشتہ داروں کے فائل نمبر، جنہوں نے ہمارے کسی بھی ادارے سے قرض لیا ہوا کی تفصیل۔

رشتہ داری

نام

فائل نمبر

رشتہ داری	نام	فائل نمبر
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

باغ زہرا ٹرسٹ کو درکار دستاویزات:

۱۔ درخواست گزار اور گھر کے تمام افراد کی کمپیوٹرائزڈ شناختی کارڈ کی کاپی

اور بچوں کا 'ب' فارم کی کاپی اور ساتھ رہنے والوں کی تصاویر۔

۲۔ مکمل اور مفصل درخواست۔

۳۔ مولانا کی تصدیق۔

۴۔ گھر کے تمام افراد کے خوجہ جماعت کے کارڈ کی کاپی۔

۵۔ بچوں کی اسکول یا کالج کی فیس چالان کی کاپی۔

۶۔ گھر کے تمام برسر روزگار افراد کی پے سلپ اور بینک اسٹیٹمنٹ۔

۷۔ کرائے کا معاندہ یا پراپرٹی دستاویز یا پگڑی کی رسید۔

۸۔ بجلی اور گیس، ٹیلیفون اور پانی کے بل (حالیہ مہینے کا)۔

۹۔ اگر بیوہ ہیں تو ڈی۔ تھ سرٹیفکیٹ اور طلاق یافتہ ہے تو طلاق نامہ۔

۱۰۔ تمام بھائی، بہن، والدین کی شناختی کارڈ اور جماعت کارڈ کی کاپی۔

دستاویزات / کاغذات مکمل نہ ہونے کی صورت میں فارم جمع نہیں کیا جائے گا۔

غلط معلومات کی فراہمی پر ادارہ آپ کی درخواست کو منسوخ درکار سکتا ہے۔

خوجہ نمبر کارڈ نمبر -----

نوں خوجہ -----

تصدیق نامہ

میں ----- ولد -----

مولانا / خطیب / پیش امام درخواست گزار -----

ولد ----- کو ذاتی طور پر جانتا ہوں کہ اس کا تعلق فقہ جعفریہ

سے ہے۔

موبائل نمبر: -----

مہر



BAGH-E-ZEHRA

— WELFARE TRUST —

Our Ref: _____

Dated: _____

Mr./Mrs. _____

KARACHI.

Re: UPDATING YOUR PARTICULARS.

In order to enable us to decide on eligibility of your request for housing, it is necessary for you to provide us with up to-date information of your status on our revised format.

We enclose herewith our revised form with six (6) annexures. Please fill all the required details.

If the forms are not filled in details required or any information is withheld the application will be rejected and your file will be CLOSED.

Form will not be acceptable if any of the required documents are not completed.

Yours faithfully,
BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST

GHULAM ABBAS BADAMI
HON. SECRETARY

Encl: Forms.

3 EMPLOYMENT/INCOME INFORMATION

Occupation Business Service Retired Housewife Govt. Service

Others

Name of Employer/Business _____

Business/Employer Address _____

4 FAMILY/STATUS INFORMATION

Marital Status Single Married Divorced Widowed Separated

Total No. of family members including you (For details, use Annexure No. 1)

No. of earning members including you (For details, use Annexure No. 2)

Details of Blood relatives not living with you (For details, use Annexure No. 3)

INCOME DETAILS

Your Monthly Income Rs. _____ (Attach Evidence)

Other earning member's Income Rs. _____ (Attach Evidence)

Total Family Income Rs. _____

EXPENSE DETAILS

Rental Cost _____

Utility Bills _____

Grocery _____

Transportation _____

Education _____

Medical _____

Other Expenses _____

Net Profit _____

Name _____

Signature _____

Date _____

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST APPLICATION FORM

5 PRESENT ACCOMODATION DETAILS

Type of accommodation	Flat <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	House <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Portion <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
No. of bedrooms	One <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Two <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Three <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Four <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Drawing Room	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Lounge <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>		

Type of Occupancy

Ownership / Value _____

Goodwill / Value _____

Rent / Rs. _____

Rental Deposit Rs. _____

Rent Free _____

Trust Property _____

(Please mention name of the Trust / Donor)

Do you have any Property/Plot

Yes No

Located at (Apartment No. Floor, Building, Street, Area should be given)

Complete Address _____

Provide details of properties owned by Blood relatives (For details, use Annexure No. 4)

6 LOAN/ASSISTANCE INFORMATION

Are you getting any financial assistance from any source?	YES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
If YES, please state the details of assistance (For Details, use Annexure No. 5)		
Have you ever obtained / applied housing loan from any source?	YES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
If YES, please state the details of loan (For Details, use Annexure No. 5)		
Have any of your blood relatives applied/obtained loan from any Trust / Provider	YES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
If YES, please provide information (For Details, use Annexure No. 5)		

Name _____

Signature _____

Date _____

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST APPLICATION FORM

7 ACCOMMODATION REQUEST

No. of room/s required One Two Three Other

Reason for shifting from current accommodation _____

Amount Available with you	Rs.
Loan Required from Trust	Rs.
Monthly Installment you can pay	Rs.

Bank Account Details

Name / Title _____
Bank _____
Branch _____
Branch Code _____
Account No. _____

DECLARATION

I hereby declare that the information that I have provided in this application and attachments is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the Trust retains the right to refuse or accept my application at its own discretion and will.

Name _____

Signature _____

Date _____

CANVASSING OR USE OF INFLUENCE WILL AUTOMATICALLY DISQUALIFY THE APPLICANT

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST
APPLICATION FORM

Annexure-1

Details of Family members living with you
Provide "B" Form for children

(گھر میں جو افراد رہتے ہیں انکی معلومات)
بچوں کے لیے "B" فارم فراہم کریں

S.NO	Name	Relationship With You آپ کے ساتھ رشتہ	Date of Birth (dd/mm/yyyy) تاریخ پیدائش	Age عمر	Marital Status (Single, Married, Divorced, Widowed) (نیکو شادی شدہ، شادی شدہ، طلاق، یتیم)	Occupation پیشہ	Monthly Income ماہانہ آمدنی	CNIC # / B Form شناختی کارڈ نمبر فارم	JCIC #
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Name _____

Signature _____

Date _____

Attach additional sheet, if required

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST
APPLICATION FORM

Annexure-2

Details of your income and other earning family members living with you

(گھر میں کمانے والے افراد کی تنخواہ اور دیگر تفصیلات)

S.NO	Name	Employed by	Designation	Monthly Income	Other Benefit/s E.g. Bonus, Overtime Etc.	CNIC #	JCIC #
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Name _____

Signature _____

Date _____

Attach additional sheet, if required

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST
APPLICATION FORM

Annexure-3

Details of blood relatives not living with you (Father, Mother, Sister, Brother, Children)
Please attach all Family Members Copies of CNIC & JCIC

(آپ کے رشتے دار جو آپ کے ساتھ نہیں رہتے)
(والد، والدہ، بہن، بھائی، بیٹی)

S.NO	Name	Relationship With You	Marital Status	Occupation	Monthly Income	Do they support you (Yes/No)	CNIC #	JCIC #
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Name _____

Signature _____

Date _____

Attach additional sheet, if required

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST
APPLICATION FORM

Annexure-4

Details of property owned by blood relatives

(اُن خونری رشتے داروں کی معلومات جس کی کوئی زمین یا مکان ہو)

S.NO	Name	Relationship With You	Type of Property	Address	Value self Occupied/Rental Income	CNIC #	JCIC #
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Name _____

Signature _____

Date _____

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST APPLICATION FORM

Annexure-5

Are you receiving Financial Support from any sources for following purpose

(کیا آپ کسی سے کسی قسم کی امداد لیتے ہیں)

2

(1) FOR

Ration expenses	Rs. <input type="text"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Rent	Rs. <input type="text"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Education	Rs. <input type="text"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Medical	Rs. <input type="text"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Name of Provider/Trust _____

Total Amount of support Rs.

Cycle/frequency (e.g. monthly, quarterly, yearly etc)

Details of loan ever obtained from any source

2(a) Name of Provider/Trust _____

Amount Rs.

Purpose

Is loan outstanding YES NO

If YES, state outstanding amount Rs.

2(b) Name of Provider/Trust _____

Amount Rs.

Purpose

Is loan outstanding YES NO

If YES, state outstanding amount Rs.

Name _____

Signature _____

Date _____

BAGH-E-ZEHRA WELFARE TRUST
APPLICATION FORM

Annexure-6

Details of any of your blood relative having applied/obtained loan from any Trust / Provider

(اُن خونری رشتے داروں کی معلومات جنہوں نے ہمارے یہاں یا کسی اور ادارہ میں درخواست جمع کرائی ہے)

S.NO	Name	Relationship With You	Purpose	Loan Amount Obtained/ Applied	File/Case Number	Outstanding Amount	CNIC #	JCIC #
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Name _____

Signature _____

Date _____

Details of children getting education

(بچوں کی پڑھائی کی معلومات)

S.NO	Name of the Student	Age	Class	Name of the School	Monthly Fee	Conveyance	Uniform Annual	Books Annual	Any other information
1									
2									
3									
4									
5									
6									

Health care Information

(آپ کے گھر میں کسی کو کوئی بیماری ہے تو مندرجہ ذیل فرمائیے)

S.NO	Name	Relation with you	Age	Medical Condition	Any Other information, Treatment undertaken, Doctor/Hospital
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

