

**GHAZALI EDUCATION FOUNDATION**

APPLICATION

Province: _____

NO. _____

Teacher Support Fund Form For (Health)

District: _____ School: _____

Employee Name: _____ Designation: _____

C.N.I.C No: _____ Gender: _____

Joining Date: _____ Qualification _____ Salary's. _____

Mobile No.1 _____ Amount Claimed: Rs. _____

Bank Name/ Jazz cash/ Easy Paisa	Account Title	Account No.

تفصیل بیماری کیٹگری: 1- بچہ / بچی کی پیدائش 2- حادثہ کی صورت 3- آنکھوں کا علاج

Death Case-4 Critical illness-5 (گردے، پھیپھڑے، پیپٹائٹس، کینسر، معذوری، برین ہیمرج اور دل کا دروہ وغیرہ)

نمبر شمار	نام بیماری (کیٹگری)	بیماری کی وضاحت	نارمل / آپریشن / سرجری	تاریخ داخلہ	تاریخ ڈسچارج

Date: _____ بخدمت جناب صوبائی ڈسٹرکٹریکٹر غزالی ایجوکیشن فاؤنڈیشن

جناب عالی! _____

Applicant's Signature

Principal Sign & Stamp

DMS Comments: _____

DMS Sign & Stamp

Verified Office APO

ہدایات: تمام اصل میڈیکل بلز، شناختی کارڈ کی فوٹوکاپی اور داخلہ کی صورت میں ڈسچارج سلپ ساتھ لگائیں۔

For Office Use

District: _____ School: _____

Employee Name: _____ Designation: _____

Previous helps funds record:

Sr.#	Category (Health, Marriage, Education)	Details	Date	Amount
1				
2				
3				
Total				

New Case: _____ Claim Amount: _____

Member Committee Comments:

- i. _____
- ii. _____
- iii. _____
- iv. _____
- v. _____

Recommended by Committee Rs. _____

Incharge Committee_____
Member Committee_____
Member Committee_____
Approved By:

Provincial Director