

اہم درخواست

سماجی ضابطہ کی دوسری کتاب کے مطابق شہریوں کے فائدے کے لیے درخواست (SGB II)



براہ کرم مناسب طور پر ٹک کریں۔



عام اصول کے طور پر، براہ کرم اصل دستاویزات جمع نہ کریں، بلکہ کاپیاں جمع کریں۔



ہماری وضاحتی ویڈیو اسے ٹر کرنے میں آپ کی مدد کریں گی۔ یہاں سے www.arbeitsagentur.de/firmen-sgb2 پر فارم پر درخواست کے دیگر ضمیمے www.jobcenter.digital پر مل سکتے ہیں۔
کرنے کی ہدایات میں متعلقہ نمبر کے بارے میں مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔



درج ذیل ڈیٹا سماجی رازداری سے مشروط ہے (دیکھیں "انفارمیشن شیٹ" (SGB II) آپ کی معلومات سوشل کوڈ کی پہلی کتاب (SGB I) کے سیکشن 65 - 60 اور SGB II کے تحت فوائد کے لیے سماجی ضابطہ کی دسویں کتاب (SGB X) کے سیکشن c 67a, b کی بنیاد پر جمع کی جاتی ہیں۔
آپ اپنے ذمہ دار جاب سنٹر سے ڈیٹا کے تحفظ کی معلومات حاصل کر سکتے ہیں اور datenernahme www.arbeitsagentur.de/ پر آن لائن بھی۔

1. درخواست گزار کا ذاتی ڈیٹا	
پہلا نام	
تاریخ پیدائش	پیدائش کا نام (اگر مختلف ہو)
وطن پیدائش	جائے پیدائش
قومیت	صنف
☐ اگر آپ جرمن شہری نہیں ہیں تو براہ کرم جرمنی میں اپنے داخلے کی تاریخ یہاں درج کریں۔	
اندراج کی تاریخ	
پنشن انشورنس نمبر 1	☐ پنشن انشورنس نمبر ابھی دستیاب نہیں ہے اور اس کے لیے درخواست دی گئی ہے۔
گلی، مکان نمبر	
اگر ضروری ہو تو، پر رہو	
ریائش گاہ	ڈاک کا مخصوص نمبر
2. ☐ ٹیلی فون نمبر اور ای میل ایڈریس کی معلومات رضاکارانہ ہیں۔	
ای میل ایڈریس	

2. درخواست	
☐	اب سے
☐	بعد کی تاریخ سے:
☐	اگلے مہینے کے لیے:

3. میری ازدواجی حیثیت اور زندگی کی صورتحال	
3.1 میری ازدواجی حیثیت	
☐	شادی شدہ
☐	بیکھولا
☐	رجسٹرڈ لائف پارٹنرشپ
☐	اس کے بعد سے الگ رہنا:
☐	جب سے طلاق ہوئی:
☐	سول پارٹنرشپ اس وقت سے تحلیل ہو گئی:



2

HA

نوٹوں میں ترمیم کرنا
صرف جاب سنٹر سے پُر کیا جائے۔

انٹری سٹیپ

درخواست کی تاریخ	
گاہک کا نمبر	
فائدہ مند کمیونٹی کی تعداد	
شعبہ	ٹیم
درخواست دہندہ نے اپنی شناخت کی ہے۔	
☐	شناختی کارڈ
☐	پاسپورٹ
☐	دیگر شناختی دستاویز (کے لیے مثال الیکٹرانک رہائشی اجازت نامہ):
خانم کی تاریخ	
AZR نمبر	
ذاتی شناختی نمبر (رومانیہ اور بلغاریہ کے لیے شہری)	
ڈیٹا کو STEP آن میں چیک کیا گیا۔	
درخواست مکمل ہو گئی۔	
شماراتی ریکارڈنگ آن	
ہاتھ کا نشان، تاریخ	
نقدی نوٹ	
ہاتھ کی نمائش کی تاریخ	
ترتیب شدہ بینڈ شو کی تاریخ	

نیچے دیے گئے تمام منسلکات www.arbeitsagentur.de/download-sgb2 پر مل سکتے ہیں۔ مندرجہ ذیل معلومات کو یہ جانچنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے کہ کن لوگوں کا تعلق ضروریات برادری،

گھریلو برادری یا ذمہ داری سے ہے۔

6 5

ایک کمیونٹی سے تعلق رکھتے ہیں۔ 4

میں اکیلا رہتا ہوں۔

اگر آپ اکیلے رہتے ہیں، تو 3.2 کے تحت مزید معلومات کی ضرورت نہیں ہے۔ براہ کرم سیکشن 3.3 کے ساتھ جاری رکھیں۔

ساتھ رہتا ہوں:

7

چونکہ آپ فوائد کے لیے درخواست دے رہے ہیں، یہ فرض کیا جاتا ہے کہ آپ نے اپنی ضروریات کی کمیونٹی کی نمائندگی بھی سنبھال لی ہے۔ یہ لاگو نہیں ہوتا ہے اگر آپ کی ضروریات کی کمیونٹی کے 15 سال سے زیادہ عمر کے افراد جاب سنٹر میں یہ اعلان کرتے ہیں کہ وہ اپنے مفادات کی حفاظت خود کرنا چاہتے ہیں، مثال کے طور پر اپنی درخواست جمع کروا کر (II) § 38 SGB) جن لوگوں کی نمائندگی نہیں کی گئی ان کے بارے میں یہاں کسی معلومات کی ضرورت نہیں ہے۔

یہاں متعدد اندراجات ممکن ہیں۔

میری شریک حیات

براہ کرم WEP منسلکہ کو پُر کریں۔ سے باہر

میرا رجسٹرڈ لائف پارٹنر

براہ کرم WEP منسلکہ کو پُر کریں۔ سے باہر

ذمہ داری اور عزم کی کمیونٹی میں میرا ساتھی ("شادی جیسی کمیونٹی")

براہ کرم WEP منسلکہ کو پُر کریں۔ سے باہر

غیر شادی شدہ بچے (بچے) جن کی عمر 15 سے 24 سال کے درمیان ہو۔

براہ کرم ہر بچے کے لیے علیحدہ WEP ایڈجمنٹ پُر کریں۔ سے باہر

15 سال سے کم عمر کے غیر شادی شدہ بچے (بچے)

براہ کرم ہر بچے کے لیے علیحدہ KI ایڈجمنٹ پُر کریں۔ سے باہر

میرے والدین یا والدین

اگر آپ 25 سال سے کم عمر کے درخواست دہندہ ہیں، تو براہ کرم ہر والدین کے لیے ایک WEP ایڈجمنٹ پُر کریں۔ سے باہر

اگر آپ کی عمر 25 سال یا اس سے زیادہ ہے، تو براہ کرم ہر والدین کے لیے ایک منسلکہ HG پُر کریں۔

دوسرے رشتہ دار یا سسرال والے (مثلاً دادا دادی، 25 سال سے زیادہ عمر کے بہن بھائی، شادی شدہ لوگ

بچے، خالہ یا چچا)

براہ کرم ہر رشتہ دار/سسرال کے لیے ایپنڈکس HG پُر کریں۔ سے باہر

دوسرے لوگ (جیسے مشترکہ اپارٹمنٹ میں دوسرے لوگ)

اگر ضروری ہو تو، ذمہ داری اور عزم کی کمیونٹی کا جائزہ لیا جانا چاہیے۔ آپ کا جاب سنٹر آپ کو بتائے گا کہ آیا آپ کو منسلکہ VE کی ضرورت ہے۔

بھرنے ہے۔

3.3 رہائش اور حرارتی نظام کے اخراجات

میں رہائش اور حرارتی نظام کے اخراجات اٹھاتا ہوں۔ براہ کرم KDU منسلکہ کو پُر کریں۔ سے

نہیں جی ہاں

باہر

4. درخواست گزار کی ذاتی معلومات

میں نے پچھلے تین سالوں میں پہلے ہی کسی دوسرے جاب سینٹر سے فوائد کے لیے درخواست دی ہے یا اس سے فوائد حاصل کیے ہیں۔

نہیں جی ہاں

دوسرے جاب سینٹر کا نام

اگر ہاں، تو براہ کرم متعلقہ ثبوت فراہم کریں (مثلاً نوٹس)۔

اپنی صحت کے لحاظ سے، میں محسوس کرتا ہوں کہ دن میں کم از کم تین گھنٹے باقاعدگی سے کوئی سرگرمی کر سکتا ہوں۔ 8

نہیں جی ہاں

میں اسٹائل سیکرز بینیفٹ ایکٹ کے تحت فائدہ اٹھانے والا ہوں۔ 9

نہیں جی ہاں

اگر ہاں، تو براہ کرم مناسب ثبوت فراہم کریں (مثلاً رہائشی اجازت نامہ، رہائشی اجازت نامہ، رواداری، فیڈرل آفس فار مائیگریشن اینڈ ریفریو جیز (BAMF) کا فیصلہ۔

10 میں اسکول کا طالب علم، طالب علم یا ٹرینی ہوں۔

جی ہاں نہیں

اسکول کی تعلیم کا دورانیہ - سے	اگر ہاں، تو براہ کرم موجودہ ثبوت فراہم کریں (جیسے اسکول کا سرٹیفکیٹ)۔
مطالعہ کی مدت - سے	اگر ہاں، تو براہ کرم موجودہ ثبوت فراہم کریں (مثلاً اندراج کا سرٹیفکیٹ)۔
سے تربیت کا دورانیہ	اگر ہاں، تو براہ کرم تربیتی معاہدہ فراہم کریں۔
<input type="checkbox"/>	10 تربیت کے دوران، مجھے ایک باسٹلری، بورڈنگ اسکول، معذور لوگوں کے لیے ایک خصوصی سہولت یا مکمل بورڈ کے ساتھ ٹرینر کے ساتھ یا دیگر رہائش اور کھانے کی ادائیگی میں جگہ دی جائے گی۔ اگر ہاں، تو براہ کرم موجودہ ثبوت فراہم کریں۔
رہائش کی مدت - سے	11 میں فی الحال داخل ہوں یا جلد ہی داخل ہوں گا (مثلاً ہسپتال، ریٹائرمنٹ ہوم، اصلاحی سہولت)۔ داخل مریضوں کی سہولت کی قسم
اگر ہاں، تو براہ کرم قیام اور مدت کا ایک درست سرٹیفکیٹ فراہم کریں۔	

5. اضافی ضروریات کا امتحان

معلومات رضاکارانہ ہے اور صرف اس صورت میں درکار ہے جب آپ اضافی ضروریات کی درخواست کرنا چاہتے ہیں۔

<input type="checkbox"/>	میں اکیلا والدین ہوں۔
<input type="checkbox"/>	12 میں حاملہ ہوں۔ براہ کرم ڈیلیوری کی متوقع تاریخ کا ثبوت فراہم کریں۔
<input type="checkbox"/>	میرے پاس وکندریق گرم پانی کی پیداوار کے لیے اضافی تقاضے ہیں (مثلاً فوری پانی کے بیٹر/بوائلر)۔ 13
<input type="checkbox"/>	14 مجھے طبی وجوہات کی بنا پر مہنگی خوراک کی ضرورت ہے۔ براہ کرم MEB منسلکہ کو پُر کریں۔ سے باہر
<input type="checkbox"/>	میں معذور ہوں اور مجھے 15 ملے • سیکشن 49 سوشل کوڈ کی نوبس کتاب (SGB IX) یا کے مطابق کام کی زندگی میں حصہ لینے کے فوائد • مناسب ملازمت حاصل کرنے کے لیے دیگر مدد یا • سیکشن 112 SGB IX کے مطابق انضمام کی مدد۔ براہ کرم ایک حالیہ اطلاع فراہم کریں۔
<input type="checkbox"/>	8 میں کام کرنے کے قابل نہیں ہوں اور میں سیکشن 152 پیراگراف 5 SGB IX کے مطابق G یا AG کی علامت کے ساتھ شناختی کارڈ رکھتا ہوں۔ 16 براہ کرم موجودہ ثبوت فراہم کریں (جیسے شدید معذور شخص کا شناختی کارڈ)۔
<input type="checkbox"/>	17 مجھے ایک ناگزیر خصوصی ضرورت ہے جسے میں بچت یا دوسرے ذرائع سے پورا نہیں کر سکتا (مثال کے طور پر، علیحدہ والدین کے لیے رسائی کے حقوق کے استعمال کے اخراجات)۔ براہ کرم منسلکہ BB کو پُر کریں۔ سے باہر
<input type="checkbox"/>	میں ایک طالب علم ہوں اور اسکول کی کتابوں/ورک بک کے اخراجات ہیں۔ 18 براہ کرم متعلقہ ثبوت فراہم کریں۔

19 6. آمدنی

اپنی آمدنی کی صورتحال چیک کرنے کے لیے، براہ کرم EK ضمیمہ پُر کریں۔ سے باہر اگر آپ خود ملازم ہیں، تو براہ کرم EKS ضمیمہ بھی پُر کریں۔ درخواست جمع کرائے وقت، بینک اسٹیٹمنٹ ہمیشہ جمع کرنا ضروری ہے۔ براہ کرم آخری تین کے بینک اسٹیٹمنٹ فراہم کریں۔

43

مہینوں پہلے۔

7. فارچیون 20

ضروریات کی کمیونٹی میں تمام لوگوں کے مالی حالات کے بارے میں خود انکشاف فراہم کرنے کے لیے، براہ کرم منسلکہ VM کو پُر کریں سے باہر

8. میری زندگی کی صورت حال

8.1 ترجیحی خدمات

21

درج ذیل معلومات کو یہ جانچنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے کہ آیا دوسری خدمات یا فریق ثالث پر کوئی دعویٰ ہو سکتا ہے۔ یہاں متعدد اندراجات ممکن ہیں۔
براہ کرم متعلقہ ثبوت فراہم کریں۔

گزشتہ 5 سالوں میں 22

<input type="checkbox"/>	میں مصروف تھا۔	آجر	<input type="checkbox"/>	سماجی بیمہ کی شراکت سے مشروط
	سے		<input type="checkbox"/>	چھوٹی نوکری
<input type="checkbox"/>	میں خود ملازم تھا۔	آجر	<input type="checkbox"/>	سماجی بیمہ کی شراکت سے مشروط
	سے		<input type="checkbox"/>	چھوٹی نوکری
<input type="checkbox"/>	میں خود ملازم تھا۔	سرگرمی کی قسم		
<input type="checkbox"/>	میں نے فوجی خدمت یا رضاکارانہ خدمت مکمل کر لی ہے (مثلاً رضاکارانہ سماجی سال، وفاقی رضاکارانہ خدمت)۔			
<input type="checkbox"/>	میں رشتہ داروں کی دیکھ بھال کرتا تھا (سوشل کوڈ کی گیارہویں کتاب کے مطابق دیکھ بھال)۔			
<input type="checkbox"/>	مجھے اجرت کے متبادل فوائد ملے ہیں (مثلاً بیماری کا فائدہ، بے روزگاری کا فائدہ، عبوری فائدہ، والدین کا فائدہ)۔			
		کارکردگی		سے
	سے	کارکردگی		
<input type="checkbox"/>	ان میں سے کوئی بھی نکتہ مجھ پر لاگو نہیں ہوتا۔ میں نے خود کو مندرجہ ذیل طور پر سپورٹ کیا (مثلاً رشتہ داروں/ جاننے والوں سے مالی تعاون، بچت، وراثت):			

8.2 فریق ثالث کے خلاف دعوے 23

<input type="checkbox"/>	میں پہلے ہی دوسرے فوائد کے لیے درخواست دے چکا ہوں یا درخواست دینے کا سوچ رہا ہوں۔ ان میں، مثال کے طور پر، فیڈرل ٹریننگ اسسٹنس ایکٹ (BAföG) ووکیشنل ٹریننگ الاؤنس (BAB) یا بوسنگ بینیفت، بے روزگاری کا فائدہ، پنشن (بڑھاپے، زندہ بچ جانے والوں اور بنیادی پنشن)، بیماری کا فائدہ، بچوں کا فائدہ اور چائلڈ سپلیمنٹ شامل ہیں۔			
	سروس کی قسم	تاریخ درخواست		
	سماجی فائدہ فراہم کرنے والا/ فیملی فنڈ			
	براہ کرم موجودہ ثبوت فراہم کریں۔			
<input type="checkbox"/>	میں بقایا اجرت یا تنخواہ کی ادائیگیوں (مثال کے طور پر آجر کی دیوالیہ پن/ دیوالیہ ہونے کی صورت میں) یا کمپنی چھوڑنے کے بعد کے اوقات (مثال کے طور پر بقایا علیحدگی کی ادائیگیوں کی صورت میں) کے لیے (سابق) آجر کے خلاف دعوے کرتا ہوں۔			
	آجر	پتہ		
	وجہ			
	براہ کرم مناسب ثبوت فراہم کریں (مثلاً اپنے وکیل یا عدالت سے خط و کتابت)۔			

میں اپنے شریک حیات یا اپنے رجسٹرڈ جیون ساتھی سے الگ رہتا ہوں۔

براہ کرم منسلکہ UH1 پُر کریں۔ سے باہر

میں طلاق یافتہ ہوں یا میری رجسٹرڈ سول پارٹنرشپ کو منسوخ کر دیا گیا ہے۔

براہ کرم منسلکہ UH1 پُر کریں۔ سے باہر

میں حاملہ ہوں۔

براہ کرم منسلکہ UH2 پُر کریں۔ سے باہر

میں ہوں
18 سال سے کم عمر یا

18 اور 24 سال کے درمیان اور میں اسکول یا پیشہ ورانہ تربیت کر رہا ہوں یا جلد ہی شروع کرنا چاہتا ہوں۔

اور کم از کم ایک والدین ضرورت مند کمیونٹی سے باہر رہتے ہیں۔

براہ کرم منسلکہ UH3 پُر کریں۔ سے باہر

مجھے کسی تیسرے فریق کی وجہ سے اپنی صحت کو نقصان پہنچا ہے (مثلاً کام کی چوٹ، ٹریفک کی چوٹ، کھیل کی چوٹ وغیرہ)۔

کھیلوں کا حادثہ، طبی علاج کی غلطی یا جسمانی جھگڑا)۔ اس لیے مجھے جاب سینٹر میں فوائڈ کے لیے درخواست دینی ہوگی۔

براہ کرم UF منسلکہ کو پُر کریں۔ سے باہر

میرے پاس فریق ثالث کے خلاف دعویٰ ہے (مثال کے طور پر معاہدے کی ادائیگی کے دعوے یا برجانے کے دعوے)۔

دعویٰ کا نام

براہ کرم موجودہ دستاویزات کے ساتھ دعوے کا ثبوت فراہم کریں۔

میری طرف سے امیگریشن حکام یا بیرون ملک سفارتی مشن سے وابستگی کا اعلان کیا گیا۔

ہاں نہیں

براہ کرم عزم کا اعلان یا مناسب دستاویزات پیش کریں۔



9. صحت اور نرسنگ کیئر انشورنس 26 27

9.1 قانونی صحت اور نرسنگ کیئر انشورنس میں لازمی انشورنس

میں ہوں یا حال ہی میں لازمی طور پر یا فیملی کا قانونی صحت اور نرسنگ کیئر انشورنس کے تحت بیمہ کرایا گیا ہوں۔

جب میں شہری کے فائدے کا حقدار بن جاتا ہوں، تو میں ان کے ساتھ بیمہ کروانا چاہوں گا:

پچھلی بیلٹھ انشورنس کمپنی

بیلٹھ انشورنس بیلٹھ انشورنس نمبر (اگر معلوم ہو)

براہ کرم بیلٹھ انشورنس کمپنی سے اپنے بیمہ کا موجودہ ثبوت فراہم کریں (مثال کے طور پر آپ کا درست الیکٹرانک بیلٹھ کارڈ)۔ اس ثبوت کو فائل میں نہیں رکھا جائے گا۔

ایک اور بیلٹھ انشورنس کمپنی

بیلٹھ انشورنس نمبر (اگر معلوم ہو)

بیلٹھ انشورنس کا نام

براہ کرم بیلٹھ انشورنس کمپنی سے اپنی پسند کی بیلٹھ انشورنس کمپنی کا موجودہ ثبوت فراہم کریں، اگر آپ بیلٹھ انشورنس کمپنی کو تبدیل کرتے ہیں۔

ہاں نہیں

9.2 رضاکارانہ قانونی صحت اور نرسنگ کیئر انشورنس یا کوئی بیلٹھ انشورنس نہیں

میں بیمہ شدہ نہیں ہوں۔

میرے پاس نجی یا رضاکارانہ قانونی بیمہ ہے۔

براہ کرم SV ضمیمہ پُر کریں، سیکشن 4

براہ کرم SV ضمیمہ پُر کریں، سیکشن 3

10. تعلیم اور شرکت

براہ کرم نوٹ کریں کہ 25 سال سے کم عمر کے لوگ تعلیم اور شرکت کے فوائڈ کے حقدار ہو سکتے ہیں۔ آپ اپنے جاب سنٹر یا ذمہ دار مقامی اتھارٹی سے مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔

SGB II کے مطابق فوائد عام طور پر اکاؤنٹ میں منتقل کیے جاتے ہیں۔

حساب کتاب کا مالک

IBAN 28

آپ عام طور پر اپنے اکاؤنٹ اسٹیٹمنٹ پر IBAN تلاش کر سکتے ہیں۔

2. میری ای سروسز 29

میں www.jobcenter.digital پر آن لائن پیشکش استعمال کرنا چاہتا ہوں اور اہم معاملات سے نمٹنے کے لیے پاس ورڈ سے محفوظ صارف اکاؤنٹ بنانا چاہتا ہوں (جیسے تبدیلیوں کی اطلاع)۔

تعاون کرنے کی میری ذمہ داری جو لوگ SGB II کے مطابق فوائد کے لیے درخواست دیتے ہیں یا حاصل کرتے ہیں وہ تعاون کرنے کے پابند ہیں۔

اس کا مطلب یہ ہے کہ درخواست میں اور اس کے لیے جمع کردہ اٹیچمنٹ میں موجود تمام معلومات درست اور مکمل ہونی چاہئیں۔ وہ تبدیلیاں جو درخواست جمع کروانے کے بعد ہوتی ہیں اور جو فوائد کو متاثر کر سکتی ہیں (مثلاً کام شروع کرنا، منتقل ہونا) ان کی اطلاع فوری طور پر ذمہ دار جاب سنٹر کو دی جانی چاہیے۔ تعاون کرنے کی ذمہ داریوں کو ضروریات کی کمیونٹی کے تمام ممبران کے ذریعہ مشاہدہ کیا جانا چاہئے۔

اگر تعاون کرنے کی ان ذمہ داریوں کی خلاف ورزی کی جاتی ہے، تو ضرورت سے زیادہ ادا کیے جانے والے تمام فوائد عام طور پر ضرورتوں کی کمیونٹی میں تمام اہل افراد سے واپس مانگے جائیں گے۔ اگر آپ کی ضروریات کی کمیونٹی میں دوسرے لوگ ہیں، تو آپ کو ایک نمائندے کے طور پر درخواست کو پُر کرتے وقت تمام اراکین کو شامل کرنا چاہیے اور ضروری معلومات اور ان معلومات کو مربوط کرنا چاہیے جو ان سے متعلق ہیں۔ براہ کرم اس بات کو بھی یقینی بنائیں کہ تمام ممبران کو تمام ضروری معلومات (مثلاً نوٹس) موصول ہوں۔

تعاون کرنے کی ذمہ داری کی خلاف ورزی اس شخص کے خلاف انتظامی جرائم یا مجرمانہ کارروائی کا باعث بھی بن سکتی ہے جس نے مذکورہ ذمہ داریوں کو نظرانداز کیا ہے۔ ملازمت مرکز خودکار ڈیٹا موازنہ کے ذریعے مختلف ایجنسیوں سے آمدنی اور اثاثوں (مثلاً اجرت، کیپٹل گین، پنشن) کے بارے میں معلومات حاصل کرتا ہے۔ اس لیے چھپی ہوئی آمدنی اور اثاثے باقاعدگی سے بعد میں معلوم ہوتے ہیں۔

مجھے "انفارمیشن شیٹ - SGB II شہریوں کا فائدہ (ملازمت کے متلاشیوں کے لیے بنیادی تحفظ)" اور اسے پُر کرنے کے لیے ہدایات موصول ہوئی ہیں اور میں اس کے مندرجات کو جانتا ہوں۔ میں آپ کو مستقبل میں ہونے والی تبدیلیوں (خاص طور پر خاندانی، آمدنی اور مالی حالات کے ساتھ ساتھ آپ کی کمائی کی صلاحیت کی حد) کے بارے میں پوچھے بغیر اور فوری طور پر مطلع کروں گا۔

گارڈین شپ کورٹ/ضلعی عدالت کے ذریعہ ایک سرپرست کا تقرر کیا گیا ہے۔

براہ کرم نگرانی کا ثبوت فراہم کریں (ایوانٹمنٹ سرٹیفکیٹ یا سپروائزر کی شناخت)۔

جگہ، تاریخ

سپروائزر کے دستخط

میں تصدیق کرتا ہوں کہ معلومات درست ہیں۔

جگہ، تاریخ

درخواست گزار کے دستخط

جگہ، تاریخ

نابالغ درخواست گزار کے قانونی نمائندے کے دستخط

پروسیسنگ نوٹس (صرف جاب سینٹر کے ذریعے مکمل کیا جائے گا)

گاہک کی موجودگی میں درج ذیل حصوں میں تبدیلیاں کی گئیں:

باتھوں کی نمائش، تاریخ:

گاہک کے دستخط

جاب سینٹر سے دیگر تبصرے: