

## ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز (Health Information Management Services)

درخواست برائے تصحیح یا ڈپلیکیٹ پیدائش سرٹیفکیٹ (Application Form For Ammedment/Duplicate in Birth Certificate)

### فارم-سی (Form-C)

_____	:	(Date)	تاریخ
_____	:	(Mother's M.R #)	والدہ کا میڈیکل ریکارڈ نمبر
_____	:	(Sex of Infant)	نومولود کی جنس
_____	:	(Date of Birth)	تاریخ پیدائش
_____	:	(Name of Immediate Relative)	قریبی عزیز کا نام
_____	:	(Relationship with the Infant)	نومولود سے رشتہ
_____	:	(Contact #)	فون نمبر
_____	:	(Type)	نوعیت
_____	:	(Reason)	وجہ حصول یا تبدیلی
_____	:	(Change to)	تبدیلی درکار ہے

(to be filled by the applicant) درخواست کنندہ پھرے

حلف نامہ: اوپر جو کچھ بیان ہے وہ میری معلومات اور یقین (ایمان) کے مطابق درست ہے اور کوئی حقائق چھپانے نہیں گئے ہیں۔

(The above statement is true and correct to the best of my knowledge and belief and nothing has been canceled.)

(Signature of Mother/Father/Immediate Relative) والد اولدہ / قریبی عزیز کے دستخط

### نوٹ: (Please Note)

- 1- والد یا اولدہ یا قریبی عزیز سرٹیفکیٹ جمع کرانے کے مجاز ہونگے۔  
(only Mother or Father/immediate relative is authorized to submit the application or collect the Birth certificate)
- 2- یہ درخواست فارم داخل کروانے کے بعد کوئی تبدیلی قبول نہیں کی جائے گی۔ (No change will be made after the submission of this form)
- 3- درخواست فارم کے ساتھ، اصل پیدائش سرٹیفکیٹ مع نقل شناختی کارڈ والد / اولدہ / عزیز اور ۳۰۰ روپے جمع کروانا لازمی ہیں۔  
(Original Birth Certificate with a copy of N.I.C of both the parents/Immediate relative must be submitted along with fee of RS-300/-)
- 4- تصحیح شدہ سرٹیفکیٹ تھیل نہ ہونے کی صورت میں ۳ تا ۴ دن کے بعد جاری کیا جائے گا۔ (Ammed certificate will be issued after 3-4 working days)

### صرف دفتری استعمال کے لئے (For Office Use)

_____ (cash slip #)	کیش سلپ نمبر	(Certificate Received by)	وصول کنندہ سرٹیفکیٹ	(Application received by)	وصول کنندہ درخواست
_____ (Amount)	رقم	_____ (Signature)	دستخط	_____ (Signature)	دستخط
_____		_____	تاریخ/Date	_____	تاریخ/Date

### رسید (Receipt)

برائے مہربانی میڈیکل نمبر \_\_\_\_\_ کا تصحیح شدہ سرٹیفکیٹ کو حاصل کیجئے۔ سرٹیفکیٹ کی وصولی کے لئے یہ پرچی اپنے ساتھ لائیں۔

(please collect the ammeded birth certificate applied for M.R # \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_. Please bring this slip with you for collection of the certificate)

\_\_\_\_\_ (Name of Applicant) درخواست کنندہ کا نام  
\_\_\_\_\_ (Application Received By) دستخط (signature) وصول کنندہ درخواست  
\_\_\_\_\_ (Date) تاریخ/Date

لیاقت ہسپتال، ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز ڈیپارٹمنٹ، فون نمبر # ۰۲۱-۳۴۴۱۲۰۸۹