

**ڈس ایبلٹی یونٹ کے لیے اہلیت کی تصدیق**  
**درخواست دہندہ کا اثباتی تعارفی خط**  
**COVID-19 کے بحران کے دوران استعمال کے لیے**

نام: \_\_\_\_\_ لاگ نمبر: \_\_\_\_\_

ڈیولپمنٹ کا نام: \_\_\_\_\_

درخواست دہندہ کا نام معرفت ہذا تصدیق کرتا ہے کہ COVID 19 سے متعلق موجودہ عارضی حالات کے سبب، میں مطلوبہ معذوری کی تصدیق (Verification of Disability) کا فارم لائسنس یافتہ طبی پیشہ ور فرد سے مکمل کروانے سے قاصر ہوں۔

میں توثیق کرتا ہوں کہ معقول حد تک یہ کام کرنا ممکن ہونے کے ساتھ ہی، میں فارم مکمل کراؤں گا اور اسے مالک/ایجنٹ کے پاس جمع کراؤں گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ حرکت پذیری، بصارتی اور سماعتی معذوریوں میں مبتلا جن افراد کو قابل رسائی/قابل توافق یونٹس درکار ہوتی ہیں ان کے لیے الگ کردہ یونٹ کے مدنظر میری کارروائی کی جا رہی ہے اور تصرف کے پہلے سال کے اندر پوری طرح سے مکمل کردہ فارم فراہم کرنا میری ذمہ داری ہے۔

ہرجانہ دروغ حلفی کے تحت، میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس حلف نامہ میں پیش کردہ معلومات میرے بہترین علم کی حد تک صحیح اور درست ہیں۔ زیر دستخطی مزید اس بات کو سمجھتا ہے کہ اس میں غلط نمائندگی فراہم کرنے سے فریب کا عمل لازم آتا ہے۔ غلط، گمراہ کن یا نا مکمل معلومات کے نتیجے میں اس درخواست پر کارروائی برخاست ہو سکتی ہے۔

دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_