



যাকাত আবেদন ফরম

ক্র.নং	বিবরণ	প্রয়োজনীয় তথ্য*
১	রোগীর আইডি নাম্বার	ঃ
২	রোগীর নাম	ঃ
৩	ফোন নম্বর	ঃ
৪	লিঙ্গ	ঃ <input type="checkbox"/> মহিলা/ <input type="checkbox"/> পুরুষ
৫	জন্ম তারিখ	ঃ
৬	রোগীর পেশা	ঃ
৭	রোগীর মাসিক আয়	ঃ
৮	পিতার নাম	ঃ
৯	পিতার পেশা	ঃ
১০	পিতার মাসিক আয়	ঃ
১১	মাতার নাম	ঃ
১২	মাতার পেশা	ঃ
১৩	মাতার মাসিক আয়	ঃ
১৪	ক. পরিবারের আরো কোন উপার্জনক্ষম ব্যক্তি আছে?	ঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ/ <input type="checkbox"/> না
	খ. থাকলে কতজন এবং তাদের মোট আয়	ঃ জন, টাকা
১৫	পরিবারের মাসিক মোট আয়	ঃ
১৬	পরিবারের মাসিক ব্যয় (রোগীর চিকিৎসা ব্যয়সহ)	ঃ
১৭	ক. পরিবারে আর কোন থ্যালাসেমিয়া রোগী আছে কিনা	ঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ/ <input type="checkbox"/> না
	খ. থাকলে কত জন?	ঃ জন
১৮	যাকাত ফাভ হতে সাহায্য পাওয়ার জন্য (শরিয়্যা মোতাবেক) প্রয়োজনীয় নিয়মাবলী :	
	ক) অভিভাবক/ রোগী নিঃসম্বল কিনা ?	ঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ/ <input type="checkbox"/> না
	খ) অভিভাবক/ রোগী ঋণগ্রস্থ কিনা (হলে বর্ণনা) ?	ঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ/ <input type="checkbox"/> না
	গ) অভিভাবক/ রোগী নিজের প্রয়োজনে মেটাতে পারে না আবার মুখ ফুটে চাইতে ও পারে না কিন্তু বাহ্যিকভাবে স্বচ্ছল মনে হয় ।	ঃ <input type="checkbox"/> হ্যাঁ/ <input type="checkbox"/> না
১৯	যাকাত প্রাপ্তির জন্য অন্যান্য প্রয়োজনীয় তথ্যঃ	ঃ

Aladun

আবেদনকারী স্বাক্ষর

