



Gills Shelter®

Old Age Home

G-20/5, Block-B,
North Nazimabad,
Near Ziauddin Hospital,
Karachi. Ph: 021-34297035
Web: www.gillsshelter.org

(Regd. PCSW (S) 1335)

Serving Humanity without any Expectation

ADMISSION FORM

Branch: _____

Full Name of Resident: _____

Father's Name: _____

Age: _____ Place of Birth: _____

Full Name and Address of Guardian or Sponsor: _____

Guardian or Sponsor Contact No.

Res. #

Mobile:

Guardian or Sponsor's I.D. No.

In case of emergency to whom can we can inform: give two names and their contact Nos.

Name: _____ Name: _____

Contact #: _____ Contact #: _____

اولڈ ایج ہوم میں داخل کروانے کی وجہ

_____ دستخط

Guardian's Sign & Thumb

Office Sign & Stamp

آپ کے فرد کو مورخہ _____ کو **G.S.O.A.H.** میں داخل کیا گیا ہے۔

G.S.O.A.H. کے ماہانہ اخراجات _____ ہوں گے۔

داخل فرد کے لئے جو ماہانہ اخراجات مقرر کئے گئے ہیں ان میں **24** گھنٹے دیکھ بھال، کھانا، کمرہ/بستر **BED**، فزیو تھراپی، میڈیک تھراپی، انڈورگیٹمز اور لائڈری شامل ہیں۔

نوٹ: ایکسرسے، خون، پیشاب ٹیسٹ اور دیگر ضروری ٹیسٹ اور ادویات کی ادائیگی مزید کرنی ہوگی۔

اوقات ملاقات (صبح **11:00** بجے سے شام **5** بجے تک)

☆ آپ صرف ان ہی اوقات میں ملاقات کیلئے تشریف لائیں۔

☆ فرد کی حفاظت کیلئے صرف ان لوگوں کو ملنے کی اجازت ہوگی جن کا نام ہوم میں درج ہوگا۔

☆ وارڈ میں مریض کے ساتھ کسی رشتہ دار کو رکھنے کی اجازت نہیں ہوگی۔

☆ **G.S.O.A.H.** میں سگریٹ اور کسی بھی قسم کی نشہ آور چیز لانا سختی سے منع ہے۔

ضروری ہدایات

ہمارا اسٹاف فرد کی **24** گھنٹے بہتر دیکھ بھال کرتا ہے۔

زیادہ بیمار ہونے کی صورت میں فوری طور پر گھر والوں کو اطلاع دی جاتی ہے۔

داخل کروانے والے کی ذمہ داری ہوگی کہ فرد کا کسی بھی ہسپتال میں چیک اپ کرائیں۔

جس کے اخراجات فرد کو داخل کروانے والوں کو ادا کرنے ہوں گے۔

نفسیاتی مریض کے بھاگ جانے یا خود کو نقصان پہنچانے کی صورت میں ادارہ ذمہ دار نہ ہوگا۔

ہم فرد کی بہتر دیکھ بھال کرتے ہیں لیکن فرد کی اچانک موت واقع ہونے کی صورت میں ادارہ ذمہ دار نہ ہوگا۔

داخل کروانے والے کے نشان انگوٹھا _____

دستخط _____

فرد کا نام _____ فرد کو داخل کروانے والے کا نام _____

فرد سے رشتہ _____ گھر کا فون نمبر: _____ شناختی کارڈ نمبر: _____

مکمل پتہ: _____

سرپرست

میں مسی _____ ولدیت _____

اپنی اور اپنے گھر والوں کی مرضی سے اپنے فرد کا نام _____

ہے کہ **G.S.O.A.H.** میں داخل کروا رہا ہوں، کسی قسم کے حادثے یا اچانک

موت ہو جانے کی صورت میں ادارے یا ادارے کے کسی فرد کو ذمہ دار نہ ٹھہراؤں گا۔

ہمارے فرد کے پاس کوئی قیمتی سامان نہیں ہے۔ میں نے ہدایات برائے اخراجات اچھی طرح پڑھ لئے ہیں، میں انکا مکمل پابند رہوں گا رہوں گی۔

نشان انگوٹھا _____

دستخط سرپرست: _____

آفس مہر اور دستخط _____