

## 18 سال سے کم عمر کے رجسٹر کرنے والے کے نامزد والدین یا قانونی سرپرستوں کے لیے تصدیقی فارم

اس فارم کا استعمال اس بات کی تصدیق و توثیق کرنے کے لیے کریں کہ سند پیدائش کا صنف مارکر تبدیل کیا جانا چاہیے۔ نیچے دی گئی ہدایات پر عمل کریں۔ معلومات موجود نہ ہونے سے درخواست کے جائزے کے عمل میں تاخیر ہو سکتی ہے۔

1. ہر خالی لائن کے لیے جواب فراہم کریں۔ فارم کو انگریزی میں پُر کرنا ضروری ہے، لیکن اس فارم کا ترجمہ بھی صرف حوالہ کے لیے فراہم کیا گیا ہے۔
2. فارم پر دستخط کریں اور نوٹری سے تصدیق کرائیں۔
3. درج ذیل دستاویزات کو دستخط شدہ اور نوٹری سے تصدیق شدہ یا از خود تصدیق فارم کے ساتھ جمع کروائیں:
  - ایک مکمل کردہ سند پیدائش میں درستگی کا ایلیکیشن فارم — [on.nyc.gov/birthcertcorrect](http://on.nyc.gov/birthcertcorrect) پر فارم تلاش کریں۔
  - موجودہ تصویری شناخت کی ایک دستخط شدہ کاپی
  - \$55 کا چیک یا منی آرڈر (\$40 پروسیسنگ فیس کے علاوہ نئی سند کے لیے \$15 فیس) NYC Department of Health and Mental Hygiene کو قابل ادائیگی
4. مکمل شدہ فارم اور تمام مطلوبہ دستاویزات اس پتہ پر ڈاک سے بھیجیں:

NYC Department of Health and Mental Hygiene Corrections Unit  
Attention: Group A  
125 Worth Street, Room 144, CN-4  
New York, NY 10013

درخواست مکمل کرنے کے طریقے کے بارے میں سوالات کے لیے [tgnyc@health.nyc.gov](mailto:tgnyc@health.nyc.gov) پر ای میل کریں۔

نوٹ: یہ ترجمہ صرف حوالہ کے لیے فراہم کیا گیا ہے۔ انگریزی فارم کو انگریزی زبان میں مکمل کریں۔

ا. والدین یا قانونی سرپرست 1 کی معلومات:

پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام
تاریخ پیدائش	گلی کا پتہ، اپارٹمنٹ نمبر	
شہر	ریاست	زپ کوڈ
رجسٹر کرانے والے سے تعلق:		
ٹیلی فون نمبر		

ا. والدین یا قانونی سرپرست 2 کی معلومات (اگر قابل اطلاق ہو):

پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام
تاریخ پیدائش	گلی کا پتہ، اپارٹمنٹ نمبر	
شہر	ریاست	زپ کوڈ
ٹیلی فون نمبر		

ا. درخواست دہندہ/رجسٹر کرانے والے کی معلومات:

پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام
سند نمبر:	تاریخ پیدائش	

فارم اگلے صفحے پر جاری ہے۔

IV. تصدیق:

میں، \_\_\_\_\_، والدین یا قانونی سرپرست 1 جلی حروف میں نام: \_\_\_\_\_، والدین یا قانونی سرپرست 2 (اگر قابل اطلاق ہو)

راقم الحروف دروغ حلفی کی سزا کے تحت تصدیق کرتا ہوں کہ سند پیدائش نمبر \_\_\_\_\_ پر صنف

مارکر کو \_\_\_\_\_ سے \_\_\_\_\_ پر تبدیل کرنے کی درخواست رجسٹر کرنے والے کی  
X یا F، M \*X یا F، M

حقیقی صنفی شناخت کو ظاہر کرنے کے لیے یہ اور اس کا مقصد کسی طرح کی دھوکہ دہی نہیں ہے۔

والدین یا قانونی سرپرست 1 دستخط

تاریخ

والدین یا قانونی سرپرست 2 دستخط، اگر قابل اطلاق ہو

تاریخ

To be completed by Notary	Notary Public Seal
State of _____	
County of _____	
Subscribed and sworn before me:	
this _____ day of _____, 20_____	
_____	
Notary Public Signature	

انتباہ: نیویارک سٹی کے ضابطہ صحت کے مطابق تیار کی جانے والی ایپلیکیشن پر کوئی بھی شخص جھوٹا، غلط، یا گمراہ کن بیان نہیں دے گا یا کسی دوسرے کا جعلی دستخط نہیں کرے گا۔ ضابطہ صحت کی خلاف ورزی ایک بدعنوانی کے طور پر قابل سزا ہوگی۔ (NYC ہیلتھ کوڈ 3.19)۔

\*M مرد ہے، F عورت ہے، اور X ایک ایسی صنف ہے جو خاص طور پر مرد یا عورت نہیں ہے (ایک غیر بائنری صنفی شناخت)۔