

LIVELIHOOD PROGRAMME

(Feedback Form)

نام: _____ ولدیت: _____ عمر _____

شناختی کارڈ نمبر: _____ موبائل نمبر/رابطہ نمبر: _____

پتہ: _____ امداد کی تاریخ: _____

(1) MICT کی طرف سے فراہم کی گئی امداد کی تفصیل بیان کریں؟ کاروباری سامان آلات/مشینری پیشہ ورانہ تربیت دیگر (تفصیل) _____

(2) MICT کی جانب سے فراہم کردہ امداد آپ کو کس حد تک مناسب لگی؟ بہت زیادہ زیادہ معمولی نہیں

(3) امداد کی بروقت فراہمی پر آپ کی رائے؟ بہترین اچھا درمیانہ بُرا

(4) MICT کے متعلقہ عملے کا رویہ/تعاون کیسا تھا؟ بہترین اچھا درمیانہ بُرا

(5) کیا آپ مجموعی طور پر مطمئن ہیں؟ بہترین اچھا درمیانہ بُرا

(6) کیا آپ ہنرمند ہیں؟ یا متعلقہ کاروبار/روزگار کا پھلے سے تجربہ رکھتے ہیں؟ بہت زیادہ زیادہ معمولی نہیں

(7) امداد حاصل کرنے کے بعد آپ کے روزگار یا آمدنی میں کیا تبدیلی آئی؟

(8) کیا آپ کو کاروبار یا روزگار چلانے میں کسی مشکل کا سامنا ہے؟ بہت زیادہ زیادہ معمولی نہیں

(9) اس سکیم کو کامیاب بنانے کے لئے آپ کی کیا ذمہ داری ہے؟

(10) کیا آپ MICT کی خدمات دوسروں کو تجویز کریں گے؟ جی ہاں جی نہیں شاید

دستخط بمعہ تاریخ