

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/2020/0059 APPLICATION DATE: 03/10/20

NAME of APPLICANT: Subhadra Mandal AGE-YEARS: 76 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: Jijo Mandal



PASTE PHOTO HERE  
Preop Postop  
(0059) Subhadra Mandal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Patal Baba ashram, Ghosht gali, Gopeshwar, Vrindavan, Vrindavan kansar, Distt. Mathura, U.P. 201121  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Nil (Stay in vidhya ashram) MARRIED (निहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA (Attach Proof of Income) (अथ का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. (आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes: No (आय कर का शेष है) (जो लागू हो उस को सही का चिह्न लगाये) No: Yes

FAMILY DETAILS (जीवार विवरण)				
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (सदस्य के सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)
1	Naru gopal mandal	Late	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये जिनसे आधार

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिया के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) कम आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये निती का उद्देश्य:

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन एवं सलाह)
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (RE) SRCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है:

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (की गई सहायता राशि)
1	DBCS	2000/-

