

C-20-10-0810

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **A/1020/0073** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **27/10/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदन करे वाला: **Hajara** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **51** SEX / लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **Sutta**



Pre OP: **0073** Post OP: **Hajara**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अवसारी पता: **Village - Dheeriyawal Teh. - T1-298a**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी अवसारी पता: **Dist. - Mirzapur, Rajasthan - 301701**

AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **60000 (Family)**

FAMILY INCOME TAX ASSESSEE (IT) / कौन से आय कर दाता है: **NA**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (IT) / क्या आप आय कर दाता हैं: **NO**

FAMILY DETAILS / कुल परिवार				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करे वाले संबंध
11	Chotta	80	M	Husband
12	Sakum	38	M	Son
13	Umardeem	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE / कारणों से जिसे बिना मदद

BPI Card (Attach Cert. Copy) / बीपी कार्ड (आपके प्रमाण पत्र के साथ जोड़ें)	CMS Certificate (Attach Certificate Copy) / सीएमएस प्रमाण पत्र (आपके प्रमाण पत्र के साथ जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (आपके प्रमाण पत्र के साथ जोड़ें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	---	---	---------------------------------------

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / कारणों से जिसे बिना मदद

Sr. No. / क्र. संख्या	Diagnosis / रोग	Medic. Reports/Prescriptions Attached / दवा रिपोर्ट/प्रातिपत्र जोड़े गए
1	Diagnosis	RE - Severe Cat. LE - Severe Cat.
2	Surgery	LE - SICS F10

ASSISTANCE BEING AVAILED BY SAME PURPOSE FROM OTHER SOURCES / क्या मदद के लिए कोई अन्य स्रोतों से मदद मिल चुकी है

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / कितनी मदद मिल चुकी है
	None	

