

C-2070-0809

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



APPLICATION No. (आवेदन संख्या) A/1020/0080 APPLICATION DATE (आवेदन तिथि) 27/10/2020

NAME OF APPLICANT (आवेदन का नाम) Imart Khan AGE-YEARS (वयु-वर्ष) 68 SEX (लिंग) M

FATHER/SI/POUSE'S NAME (पिता/माता/पत्नी का नाम) Mansla



Present Post Office 0080 Present Address Imart Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान-आवस्य स्थान) Village - Lapala, Teh. - Tizara

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी-आवस्य स्थान) Dist. - Alwar, Rajasthan - 301411

Occupation (व्यवसाय) Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 53000

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) UNMARRIED

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NOT

Are you an income tax assessee (If not, write 'not applicable') (आप आय-कर-दाता हैं या नहीं? यदि नहीं, तो 'नहीं लागू' लिखें)

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sl. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वयु-वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदन के साथ संबंध)
01	Mansla	65	F	Wife
02	Yontera	40	M	Son
03	Balam	35	M	Son

BASIS for REQUES (ING ASSISTANCE) (On whichever is applicable) (सहायता के लिये विधि आधार)

FPL Card (Attach Card Copy) (आवेदन के लिये प्रमाण पत्र (क्या आप की उपाय नहीं करता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय-वर्ष की उपाय नहीं करता है (क्या आप की उपाय नहीं करता है)	Ration Card (Attach Copy) (उपभोग का प्रमाण पत्र की उपाय नहीं करता है)	Any Other Basis/Proof (क्या कोई प्रमाण)
---	--	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE (आवेदन हेतु किस-किस उद्देश्य के लिये)

Sl. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अपवाद/उपाय-पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत की)
1.	Diagnosis - RE - Senile Cat. LE - Senile Cat.
2.	Surgery - LE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED BY SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES (अन्य सहायता के लिये कोई अन्य सहायता किसे अन्य सहायता मिल चुकी है)

Sl. No. (क्र. सं.)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य सहायता का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED (अन्य सहायता का राशि)
	NTC	

