

VRN-C-20-10-0220



**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / संकेत संख्या: V/1020/0084

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 13/10/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Jamuna Dasi

AGE-YEARS / आयु वर्ष: 79  
 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: Poolan Dasi



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Near new fly over, Swadhar smatila athrya Sadan-II  
 Chetanya Bihar II, Vrindavan, Dist Mathura, UP 20121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop  
 (0084) Jamuna Dasi

OCCUPATION / व्यवसाय: Nil (Stay in Vidhwa ashram)

MARRIED / विवाहित:  UNMARRIED / अविवाहित:

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: NA

(Attach Proof of income) / (आय का सबूत संलग्न): NA

PAN No. / आई एन सी नं.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देता है (जो नाम हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएं):  
 Yes / हाँ:  No / नहीं:

**FAMILY DETAILS / परिवार विवरण**

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	<u>Chandi Dasi</u>	<u>10yr</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए कौन सा आधार**

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) परिचय कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) रशन कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ प्रतिलिपि संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई आधार
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु कौन से बिंदु का उद्देश्य:**

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन वाले प्रमाण
	<u>RE - Senile Cataract</u>
	<u>LE - Senile Cataract</u>
	<u>Surgery - (LE) STCS + IOL</u>

**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 / ली गई राशि/राशी
1	<u>DBCS</u>	<u>2000/-</u>

