

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No
 आवेदन संख्या : V/1020/0107

APPLICATION DATE
 आवेदन तिथि : 23/10/20

NAME OF APPLICANT
 आवेदक का नाम : Murari

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 75

SEX लिंग : M.



FATHER'S/SPOUSE'S NAME
 पिता/पत्नी का नाम : Nitya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
41, Inaswami Mandir, Radha Kund,
Radhakund, Distt Mathura, U.P. 281504.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास का पता
Same as above

Preop Postop
(0107) Murari

OCCUPATION : व्यवसाय : Sant

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NA

(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण) : NA

PAN No. स्थाई राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही को चिह्नित करें) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Year) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) परिपोषण कार्ड का प्रमाण पत्र (आधार पर कोई अन्य प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आधार पर कोई अन्य प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (आधार पर कोई अन्य प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु लिये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कौन 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 तो गई सहायता राशी
<u>1</u>	<u>TBCS</u>	<u>2000/-</u>

