

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO. / आवेदन क्रमांक: **V/1120/0120** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **02/11/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Shiv Devi** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **71** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **Ramkhiladi**



Preop Postop
(0120) Shiv Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Bhad gash, Bagyara, Raja
Distt. Mathura, UP 281209.
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
Same as above.

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker** MARRIED / विवाहित: UNMARRIED / अविवाहित:

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **22000/- (Family)** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. / स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / हाँ: No / नहीं:

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Raghuveer Singh	late	M	Husband
2	Bheela	43	M	Son
3	Jagdish	40	M	"
4	Digambar	36	M	"
5	Lalbeer	30	M	"
6	Reema	40	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable); / सहायता के लिये चिह्न का आधार:

BPL Card / (Attach Card Copy) / गरीबी रेट्ट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	EWS Certificate / (Attach Certificate Copy) / कुल आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card / (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये चिह्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है:

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

