

SRE - C - 26 - 02 - 1524

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(आवश्यक देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : S/0226/0938

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/09/20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mrs. Sohan Kali

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 57

SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Mr. Vishan



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : house no. 16, Jhapur Road, Gauran, Kalyanpur, Kalyanpur, Saharanpur, Sarisawa, Uttar Pradesh, 247230

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : Same as above

PASTE PHOTO HERE
View of post op Mrs. Sohan Kali (0938)

OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : 48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : NA

PAN No. / आयकर पहचान संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें) : 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 से संबंध
(1)	Rishi	34	M	Son
(2)	Manish	32	F	Daughter in Law
(3)	Vansh	33	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विधि आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय सेवा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अलग अलग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विधि एवं विधि का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुंधी प्रमाण
	Diagnosis - RE - Total senile cataract LE - Pseudophacic
	Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / क्या सहायता के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / जो कि सहायता मिलेगी

