

-C20-02-0621

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE** (Healthcare)  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : A/0320/0946 APPLICATION DATE : 04-03-2020  
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Nek Ram AGE-YEARS : 66 SEX : M  
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Jangal  
 पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Vill - Samoli Teh - Kathumath  
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : dist - Alwar Rajasthan - 301605  
 स्थायी आवासीय पता

ABOVE :



Enc of. 0946 Post of. Nek Ram

OCCUPATION : Farmer MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 78000/- (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No हा/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)                 | Santosh  | 30                      | M           | Son  |
| (2)                 | Pavita   | 25                      | F           | Daughter                                     |

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|--|--|

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्य:**

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|---------------------|---|
| (1)                 | Diagnosis - RE - MSC<br>IF - MSC  |
| (2)                 | Surgery - RE - SICU + IOL   |

**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 सहायता राशि |
|---------------------|--|--|
| (1)                 | SOEHL                                  |  |

