

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)



APPLICATION No. आवेदन क्रमांक: V/0320/1225 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 03/03/20

NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम: Shamsuddi AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69 SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: Chate Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: 423, Mathura, Dist. Mathura, UP-281121
PERMANENT RES-DENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: Same as Above



OCCUPATION व्यवसाय: Labour MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 24000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें): NA

PAN No. आय का प्रमाण पत्र: ---

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

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	<u>Rajika</u>	<u>68</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Sham</u>	<u>38</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Trishika</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in Law</u>
4	<u>Attab</u>	<u>34</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Dolly</u>	<u>32</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in Law</u>
6	<u>Wahim</u>	<u>07</u>	<u>M</u>	<u>Grand Son</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) EWS प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें	Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (उपभोग पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये चिकित्सा हेतु उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पत्रों संलग्न)
	<u>RE- JMSC</u>
	<u>LE- P.P</u>
	<u>Surgery - (RE) SICD+JOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (की गई सहायता राशि)
1	<u>SCFH</u>	

