



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

APPLICATION NO. / आवेदन क्रमांक: **10320/1232** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **03-03-20**

NAME of APPLICANT / आवेदनकर्ता का नाम: **Harveeri Devi** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **66** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **Sohan Lal**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Kampani Puram, Malasa, bye pass, Kail, Kail**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **B-14, Aligarh D.P. 202001**

same as above

**Pratap Pratap (1232) Harveeri Devi**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **23000/-** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. / पैन संख्या: **NA** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No **NA**

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 / आवेदनकर्ता के साथ संबंध
1	Sigurd Singh	48	M	Husband
2	Shyam	39	M	Son
3	Ramveer	35	M	Son
4	Angli	36	F	Daughter in law
5	Anita	34	F	Daughter in law
6	Shivam	12	M	Grand Son

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

EPL Card (Attach Card Copy) / एचएसडी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की एक प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की एक प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की एक प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किस न्य विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LP - JMSC
	Surgery - (RE) SICST+JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायक स्रोतों से लिया गया है?

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

