

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



making success

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/0320/1251**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **24/03/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Rup Singh**

AGE YEARS / आयु-वर्ष: **77-**

SEX / लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सुपुत्र का नाम: **Johari**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Jai Mahala, Mathura, Mathura**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Bharappur, Distt-Bharatpur, Rajasthan 321025**

Same as Above

OCCUPATION / व्यवसाय: **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): **NA**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **23000/-**

(Attach Proof of income) / (आय का प्रमाण संलग्न): **NA**

PAN No. / आयकर संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाये)

Yes / No / हाँ / नहीं: **No**

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 संबंध
1	Jahida	40	F	Wife
2	Bhup Singh	42	M	Son
3	Virma	40	F	Daughter in Law
4	Jalua	37	M	Son
5	Kamla	33	F	Daughter in Law
6	Jesha	15	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / सीबी रेखा की नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / तय्यारका कार्ड (अन्य पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु विधे गये निम्नों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर के पत्रों की गई प्रतिबंध सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य जगह से लिया गया हो:

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / ली गई सहायता राशि
1.	SCFH	

