

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO. / आवेदन संख्या: **V/0320/1254** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **06/03/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Karnal Singh** AGE-YEARS आयु वर्ष: **68** SEX लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Mungal Singh**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **102, Brij Lal Market, Guler Road, Kanhatpur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Distt-Bharatpur Rajasthan, 321001**

Same as Above

Freeop Postop
 (1254) Karnal Singh

OCCUPATION / व्यवसाय: **Unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. क्या है, जहाँ नम्बर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर शुदा है (जो मानें उस पर चिह्न लगायें): Yes / No: **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	Bhagyee Devi	late	F	Wife
2	Bhopendra Singh	41	M	Son
3	Yogita	29	F	Daughter in law
4	Suresh	38	M	Son
5	Suresha	34	F	Daughter in law
6	Rinki	12	F	Grand Daughter

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे क्या विवक्षित का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE- Senile Cataract
	LE- Senile Cataract
	Surgery (IE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो मदद सहायता मिली
1	SCFA	

