

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building Trust, Saving Lives

APPLICATION No. आवेदन संख्या: **V10320/1256**

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **06/03/20**

NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम: **Premvati**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **62**

SEX लिंग: **F**

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता: **Village Nigla Basela, Barchhamandi, Barchhamandi**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी अस्थायी पता: **DISTT-Bharatpur, Rajasthan, 321001**

Same as Above

Preop Postop
(1256) Premvati

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **1800/-**

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

PAN No. काई छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No हां / 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 सम्बन्ध
1	Kamal Lal	63	M	Husband
2	Shankar	39	M	Son
3	Kalika	38	F	Daughter in Law
4	Juli	12	F	Grand daughter
5	Ravi	10	M	Grand Son
6	Princy	07	F	Grand daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र प्रमाण न हो अथवा प्रति संलग्न करें	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नया चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Excise Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (R) SILS + 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 तो गई सहायता राशि
1.	SCEH	

