

VRN-C-20-03-0279

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO. / अर्ज संख्या: V/0320/1259

APPLICATION DATE / अर्ज दिनांक: 07/02/2020

NAME of APPLICANT / अर्जकर्ता का नाम: Lnulab Dei

AGE-YEARS / आयु वर्ष: 76 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: Lnainda Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: A-55, Saranyu Nagar, Bhafratpur

DIST- Bharatpur, Rajasthan. 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: Same as Above



Pratap Pratap
(1259) Lnulab Dei

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 2000/-

FAN No. / आय का प्रमाण: NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (को क्वचित्त ही उस पर तिकी का चिह्न लगाएं):

Yes / हाँ: No / नहीं:

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / संबंधित के साथ संबंध
1.	Bhainda Lal	76	M	Husband
2.	Manoj	41	M	Son
3.	Omwati	37	F	Daughter in Law
4.	Shankar	37	M	Son
5.	Manika	35	F	Daughter in Law
6.	Bansi	32	M	Son

BASE for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 आधार के लिए तिकी लगाएं

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / बीपीएल कार्ड का प्रमाण प्रदान करें	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय का प्रमाण प्रदान करें	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग का प्रमाण प्रदान करें	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 कारण हेतु हेतु को लिखें या उल्लेख करें:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबद्ध पूर्ण प्रमाण
	<u>RE - Senile cataract</u>
	<u>LE - Senile cataract</u>
	<u>Surgery - (RE) SICS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AWAIED by SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / की गई सहायता राशि
1.	<u>SCCH</u>	

