

VRN-C-20-03-0995

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/0320/1264** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **06/03/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Natthi Lal** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **76** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Daulat Ram**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता: **377, Meeru Mahalla, Panchayat Ghat ke pairi**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता: **Same as above**

Preop Postop
(1264) Natthi Lal

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **19500/-** (Attach Proof of Income / आय का दस्तावेज संलग्न करें): **NA**

PAN No. / स्वयं का PAN संख्या: **Same as above**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / नहीं

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	Pamshree	70	F	Wife
2	Bhola	43	M	Son
3	Rangna	40	F	Daughter-in-Law
4	Dinesh	16	M	Grand Son
5	Kritika	12	M	"
6	Kishan	09	M	"

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबों रोज के नीचे समाप्त न हो (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (उपनाम पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये चिट्ठी 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 - (LE) SICS + 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 / ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

