

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No
 आवेदन संख्या: V/0320/1277

APPLICATION DATE
 आवेदन तिथि: 04/03/20

NAME of APPLICANT
 आवेदक का नाम: Branga Devi

AGE-YEARS आयु वर्ष: 67
 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
 पिता/सहस्र का नाम: Shankar Lal



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 H.No. 101, Manshala nagar, R.M. Bhaswan, Simla Sawa ashraon

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
 Vrindavan banya, Distt-Mathura, U.P. 281121

Same as Above

Pratap Pratap
 (1277) Branga Devi

OCCUPATION व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 26000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. स्थान जाना संज्ञा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (Tick whichever is applicable)
 क्या आप आय कर देता है। (सो मानें हो कर कर नहीं का स्थान लगाएँ):
 Yes / No हाँ / 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	Sita Ram Das	late	M	Husband
2	Falwanat	42	M	Son
3	Hasmatalen	40	M	Son
4	Lajja	40	F	Daughter in Law
5	Kamla	37	F	" " "
6	Atul	10	M	Grand Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (समस्त पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय स्तर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे करें गये विनयी का उद्देश्य:

Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई उचित/सही सूची संलग्न
	RE - P.P.
	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 कितना मदद सहायता पयी
1	SCHM	

