

VRN-C-20-03-0305

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No आवेदन क्रमांक: V/0320/1279

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 09/03/20

NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम: Laxmi

AGE-YEARS आयु वर्ष: 64  
SEX लिंग: F



FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: Bhola Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता:

Bhadda Trade, Deeg, Deeg

DIST-Bharatpur, Rajasthan, 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता:

Same as Above

Precep Postop  
(1279) Laxmi

OCCUPATION व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 24000/-

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

PAN No: स्पष्ट नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए):  
Yes/No हा/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 से संबंध
1	Man Singh	65	M	Husband
2	Pravesh	38	M	Son
3	Mahesh	33	M	Son
4	Yogita	35	F	Daughter in law
5	Anurita	50	F	Daughter in law
6	Tajal	03	M	Grand Son

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

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तौर पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की तस्वीर भी प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की तस्वीर भी प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की तस्वीर भी प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये 'विवरण' का उद्देश्य:

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

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 नी गई सहायता राशि
1	SCEF	

