

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 13/0925/1704
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 21/9/23
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Gangaamma
 आवेदन करी का नाम

AGE-YEARS 66 SEX F
 आयु-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
 Hittal gusa, Kumbhalgarh, Rajasthan
 वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
 1704 Gangaamma
 स्थायी निवास पता



OCCUPATION :
 पेशा

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित)
 + Spouse wife

TOTAL ANNUAL INCOME :
 वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं) Yes / No

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आपके साथ संबंध)
1	Manjota	36 years	Female	Daughter

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

RPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय निधि के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	RWS Certificate (Attach Certificate Copy) रजिस्ट्रार जनरल का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे लाने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/प्रातिपत्र संलग्न की गई कोई भी प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)
1	diagnosis - RE - cataract, LE - cataract
2	diagnosis - RE - p.c.c.v. + cataract

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. (क्र. सं.)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED (की गई सहायता राशि)

