

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

3/0925/1713

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayalakshmi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

W/O Selvamai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H-NO - 46

Nomdhebanda Velamattam

T. Sengudurai, Vellore, Tamil Nadu

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



pre op Post op
1713 Jayalakshmi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप का नाम है (जो मान्य हो उस पर खींची का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्र. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसे प्रस्ताव दें

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एएसएस सी के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसुयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य-कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपत्र के साथ की गई प्रतिक्रिया प्रती संलग्न
①	Diagnosis: RE Cataract LE Cataract
②	Surgery: LE Cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त हो?

Sr. No. क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि

