

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/1095/2107

APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 11-10-25

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: Mahadev

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/पत्नी का नाम: W/o Sannaraj



Pre op post op
9107 - mahadev

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान आवासीय पता: Belathur, Neppa (H) Mahadev (D)

Nandya (D) Kanuatale

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी आवासीय पता: _____

OCCUPATION: / व्यवसाय: Lab Pe

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: 15000

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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 |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु विषय गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / उपचार/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियित सूची संलग्न |
|-----------------------|--|
| <u>1</u> | <u>Dignosis</u> <u>RF - Outcast</u> <u>LG - Outcast</u> |
| <u>2</u> | <u>Surgery</u> <u>RF Out H.P.U.O.I</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

