

C18/05/004

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

A/0518/0065

APPLICATION DATE:

04/05/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Sawai Singh

आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

52

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Sullad

पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान-आवास पता

Village - Harbora, Teh. - Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

as above

Pre OP. Post OP.  
0065 Sawai  
Singh

OCCUPATION:

Labourer

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

60,000

कुल वार्षिक आय \*

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. रवायि खाता संख्या

NA

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

Yes (हाँ) No (नहीं)

क्या आप आय कर पत्रक हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| ①                      | सवाई सिंह                                       | 52                         | M              | अधीक                                          |
| ②                      | गजेंद्र सिंह                                    | 30                         | M              | पुत्र                                         |
| ③                      |                                                 |                            |                |                                               |
|                        |                                                 |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये बिंदी अक्षर

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये बिंदी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis — RE - IMSC<br>IF - IMSC                                                            |
| 2                      | Surgery — RE - SICs + IOL                                                                     |
|                        |                                                                                               |
|                        |                                                                                               |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लेई गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1                      | SCCH                                      |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

