

C18/05/0084

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. :

A/0518/0086

APPLICATION DATE : 07/05/18

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Rukmani Devi

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

Girdharsi Singh

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village - Ghat, Teh. - Bansur,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

as above



Pre OP

Post OP

0086

Rukmani

Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय \*

70,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उस पर सही का निशान लगाएं)

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1                      | Girdharsi Singh                                   | 70                         | M              | Husband                                   |
| 2                      | Harjash Singh                                     | 40                         | M              | Son                                       |
| 3                      | Makhtul Singh                                     | 35                         | M              | Son                                       |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

|                                                                                                                |                                                                                                                    |                                                                                               |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय कर प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis — RT- IMSC<br>LE- IMSC                                                                  |
| 2                      | Surgery — RE- STCSTIOL                                                                            |

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>इस हेतु प्राप्त सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1                      | SCCH                                      |                                                                   |

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापुरुष हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अतिशय या सफल विवरण किसी अन्य डॉक्यूमेंटेशन/फोटो कगलरी में नहीं मिलता है और न ही अधिकार में है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात से डरता हूँ कि मेरा बच्चा, पत्नी, छोटी और विधवा जो कि साक्षात्कृत करदारों में प्रविष्ट है मुझे हलक: साक्षात्कृत करदारों की कमी है। इस कारण मैं "कॉन्सिडर" शब्द उसके न्यायों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

संस्कृत विश्व  
संस्कृत डेप्टी

[illegible]

Dr. Shroff's Eye Hospital, Awar