

18/12/2016

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A/1218/0605

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 03/12/18

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Nyazshi Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 51

SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: Shyo Sahay



Prior 0605 Postor. Nyazshi Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village - Halawas Teh - Mansarovar

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As above

OCCUPATION: व्यवसाय: Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 50000/-

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें) NA

PAAN No. स्पष्टीकरण संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का शीर्षक हैं (जो लागू हो उस पर छह 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
1.	Chhola	30	M	Son
2.	Mintu Ram	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिये किन्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित गरीब प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रमाण/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
1.	Diagnosis — RE-IMSC LE-MSC
2.	Surgery — LE-SJCS+JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ति अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1.	SCM	

