

C10/11/0467

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता	
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : पैन संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	Kusum Devi	60	F
2.	Umesh	31	M
3.	Shruti	23	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) दरम्यान कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिये गये निम्न कारण			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रमाण पत्र		
1.	RE - BP		
2.	LE - TMC		
3.	Surgery - (LE) S.I. + I.O.L.		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो भी सहायता मिली	
1.	S.C. BH		



Preop Postop

(0854) Shri Nivas Sharma

