

19/02/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 19/02/1194
 APPLICATION DATE: 20/02/19
 NAME of APPLICANT: Lalata
 AGE-YEARS: 70
 SEX: F
 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o Yad Ram
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill - Nagla Mathuraya, Tehsil - Maharan
 Distt - Mathura, U.P. 281309
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above



Preop Postop
(1194) Lalata

OCCUPATION: Farmer
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 TOTAL ANNUAL INCOME: 20000/-
 (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें) NA
 PAN No. [Blank]
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बन्ध
1.	Hakim Singh	75	M	Husband
2.	Bhagwan Singh	40	M	Son
3.	Mansingh	39	M	Son
4.	Amom Singh	37	M	Son
5.	Chandha Bhan	35	M	Son
6.	Savitri	30	F	Daughter

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विरती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached
 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE - IMSC
 LE - P.P.
 Surgery - (RE) SICCS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1-	SCCH	

