

C19108/0059

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C10819/0028 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 05.08.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Kabul chandel AGE-YEARS आयु-वर्ष 78 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रव्य का नाम Dayal ram



Pre op Post op  
 028 Kabul Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Makan No. 125, Vill. Idlampur Post. Raupur, Tehsil - Behat Distt. Sahawampur Uttar Pradesh 247121  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
as above

OCCUPATION : व्यवसाय NA MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 45000 (Attach Proof of income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निराल लगाये) 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)	Suta	70	F	WIFE
(2)	Dayal Singh	78	M	son
(3)	Sunder D	45	M	son
(4)	Bhagwan Singh	40	M	son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन चुकी संलग्न
(1)	Diagnosis - RE TMSI LE TMSI
(2)	Surgery RE SICS + IOL

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

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

