

C19/10/0257

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **C1101910216** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **15.10.2019**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Yameeh** AGE-YEARS आयु-वर्ष **58** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम **Valid**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Village - Bahadur Nagar, Sirsola, Dist - Sahasrastra, Ghazipur, 247340

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
W/S Labour



Preop Postop Yameeh 0216

OCCUPATION : व्यवसाय **labour** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **58,000** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण) **NA**

PAN No. : आय कर पहचान संख्या **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes/No हा/नहीं /

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Rajni	52	F	wife
2	Munish	20	M	son
3	Manu	27	M	son
4	Munish	22	M	son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सौबी रीखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - PP LE - GMSI
2	Surgery - IE - Phaco + IOL

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

