

DEL-1-19-10-1850

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



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : Del/1019/0048 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 2019.10.10

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Bhopal AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम Faru



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Village Halalpur, Chhapra, Dist
Baghat, Uttar Pradesh.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Pre Post
0048
Bhopal

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 25000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या
 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 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	<u>Suman</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) पाठ्यो रोजा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE :- Senile cataract</u>
	<u>LE :- Pseudophakia.</u>
	<u>Surgery :- (RE) 81/5 + PLOL</u>

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

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