

Del-C-19-10-1851



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: Del/1019/0049
 आवेदन संख्या: Del/1019/0049

APPLICATION DATE: 2019-10-10
 आवेदन तिथि: 2019-10-10

NAME of APPLICANT: Mahabisi
 आवेदक का नाम: Mahabisi

AGE-YEARS: 70
 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Girraj
 पिता/पति का नाम: Girraj



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village Mangal Ghaprauli Bagpat
 वर्तमान निवास पता: Village Mangal Ghaprauli Bagpat

Dist: Pse Post: 0049 Mahabisi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above
 स्थायी निवास पता: Same as above

OCCUPATION: Homemakers
 व्यवसाय: Homemakers

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 (Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

TOTAL ANNUAL INCOME: 15000/-
 कुल वार्षिक आय: 15000/-

PAN No. Not Available
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	
1	<u>Girraj</u>	<u>80</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input 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 विनती 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) SICs + ACIOL + AV</u>

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

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