

Del-14-10-1875

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **Del-1019-0053** APPLICATION DATE: **2019-10-10**  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Brahm Singh** AGE-YEARS **67** SEX **M**  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Shri Chandra**  
निता/पति का नाम  
PRESENT RESIDENCE ADDRESS **Bardonia, Bagpat, Uttar Pradesh**  
वर्तमान आवासीय पता



Pre Post  
0053  
Brahm Singh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**

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

TOTAL ANNUAL INCOME: **45,000** (Attach Proof of Income) **NA**  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्थायी खाता संख्या**  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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	KANTI	64	F	Wife
2	DHEERAJ KUMAR	40	M	SON
3	KAVITA	38	F	DAUGHTER IN LAW
4	VIKAS KUMAR	34	M	SON
5	ANJALI	32	F	DAUGHTER IN LAW
6	KABAL	15	M	GRAND SON
7	VARSHA	14	F	GRAND Daughter
8	AMAN	12	M	GRAND SON
9	ARIAN	10	M	GRAND SON

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) इपमोका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> 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
	RE :- Pseudophakia
	LE :- Senile Cataract
	Surgery :- (L.S) Phaco + PLOL

**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 ही गई सहायता राशी

