

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : V/119/0806

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 13/8/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Chandravati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 72 SEX लिंग : F



FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : Ram Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Vill - Kheria, PO - Kuluwa

Dist - Aligarh, U.P. 202002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop  
(0806) Chandravati Devi

OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : NA

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA

PAN No. स्थान (अनुपलब्ध)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देते हैं (जो लागू 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) आयु (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक से संबंध |
|---------------------|--|------------------------|-------------|--|
| 1                   | <u>Ramesh Singh</u>                            | <u>74</u>              | <u>M</u>    | <u>Husband</u>                         |
| 2                   | <u>Ashok</u>                                   | <u>46</u>              | <u>M</u>    | <u>Son</u>                             |
| 3                   | <u>Shubash</u>                                 | <u>40</u>              | <u>M</u>    | <u>Son</u>                             |
| 4                   | <u>Kamlesh</u>                                 | <u>36</u>              | <u>F</u>    | <u>Daughter</u>                        |
| 5                   | <u>Satyavati</u>                               | <u>35</u>              | <u>F</u>    | <u>Daughter</u>                        |
| 6                   | <u>Laxmi</u>                                   | <u>33</u>              | <u>F</u>    | <u>Daughter</u>                        |

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

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| DPL Card (Attach Cert. Copy) / नईसी सेवा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य |
|--|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे गये विनोद का उद्देश्य

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|---|
|                     | <u>RE - P P</u>   |
|                     | <u>LE - GMRC</u>  |
|                     | <u>Surgery - (H) RICS + JOL</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 / ₹. गई सहायता राशि |
|---------------------|--|--|
| 1                   | <u>SCEH</u>                              |  |

