

VRN-01043

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **V/1119/0811** APPLICATION DATE: **13/11/19**  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Omvati** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **51** SEX लिंग: **F**  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **D/o Charan Singh**  
पिता/सहस्रपति का नाम



**Preop Postop**  
**(0811) Omvati**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
**Khirauli, Beunjam**  
**Distt - Aligarh, U.P., 20115**  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
**Same as above**

OCCUPATION: **Home Maker**  MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 सम्बन्ध
	<b>Vasuj Lal</b>	<b>54</b>	<b>M</b>	<b>Husband</b>
<b>(1)</b>	<b>Dhanveer</b>	<b>26</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
<b>(2)</b>	<b>Rakesh</b>	<b>24</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
<b>(3)</b>	<b>Veeru Singh</b>	<b>21</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
<b>(4)</b>	<b>Nagina</b>	<b>25</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
<b>(5)</b>	<b>Punam</b>	<b>25</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता 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 गए विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर के जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<b>RE - Total Senile cataract</b>
	<b>LE - Total Senile cataract</b>
	<b>Surgery - (R) SICS + IOL</b>

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 पुरां
	<b>SCFA</b>	

