



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

APPLICATION No.: Del/19/0064 APPLICATION DATE: 2019-12-05
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kameudin AGE-YEARS आयु-वर्ष: 76 SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Azizudin
 पिता/कटुम्प का नाम



Pre op Post op
 (0064) Kameudin

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Tanda, Chhaprauli, Baghpat,
Baraut, Uttar Pradesh 200617
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: Labourer MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/- (Attach Proof of Income) NA
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं खाता संख्या
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	Vakila	50	F	Wife
2.	Md Nizab	23	M	Son
3.	Amjib Ali	24	M	Son
4.	Kajida	22	F	Daughter in law

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) उपभोक्ता 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 विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Rt. :- Senile cataract
	L :- Senile cataract
	Surgery :- LE ICS with PUCI

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

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

