

URN-C-19-12-0568

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V-1219/0878
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/12/19
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Gayatri
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS जातु-वर्ष: 77
 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Govind Ram
 पिता/कथुम का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vill - Sukay, Rayn
 DIST - Mathura, U.P., 211204
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
same as above

POSTAL PHOTO HERE
Post op Post op
(0878) Gayatri

OCCUPATION: Home Maker
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।) Yes / No हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| 1 | <u>Shivcharan</u> | <u>79</u> | <u>M</u> | <u>Husband</u> |
| 2 | <u>Rishi</u> | <u>56</u> | <u>M</u> | <u>Son</u> |
| 3 | <u>Suresh</u> | <u>53</u> | <u>M</u> | <u>Son</u> |
| 4 | <u>Rameshwar</u> | <u>57</u> | <u>M</u> | <u>Son</u> |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) करीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।) | Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें।) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|---|
| | <u>RE - JMSC</u> |
| | <u>RE - JMSC</u> |
| | <u>Surgery - (R) STCS + IOL</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 |
|---------------------|--|--|
| 1 | <u>SCCH -</u> | |

