

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/0120/1009 APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 09/01/20

NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: Prem chand AGE-YEARS आयु वर्ष: 52 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/पत्न्या का नाम: Mishori Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Near Baghel Choupal, Gadhiana W, Khatola Saray  
DIST- Ferozpur, H/R- 12105  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
same as above



Pre op Post op  
(1009) Prem Chand

OCCUPATION: / व्यवसाय: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: / कुल वार्षिक आय: 381000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थाई आय संख्या: 381000

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर रात हैं (ओ मन्व हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हा / नो

**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
1.	Jindraj Kaur	43	F	WIFE
2.	Mahesh	20	M	SON
3.	Suresh	17	M	SON
4.	Dinesh	15	M	SON
5.	Vasvika	12	F	Daughter
6.	Nirmala	10	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) STCS + IOL

**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.	SCFH	

