

URN-C-2-01-1416

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO. / आवेदन संख्या: U/0220/1122 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 01-02-26

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Kasturi AGE-YEARS आयु वर्ष: 70 SEX लिंग: f

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Ramjeet

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Katana, Shaikhan Katana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Dstt Bhawabhui, Poojasthan, 321602

OTHER RESIDENCE ADDRESS / अन्य आवासीय पता: SOME WLS ABOVE



Pre op Post op
(1122) Kasturi

OCCUPATION / व्यवसाय: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 27500/- (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / पैन संख्या: Blank ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No

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 संबंध
1.	Shiv Singh	65	M	Husband
2.	Phuli	40	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / तलब कार्ड का नॉक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उरी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एलएस का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उरी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता कार्ड की छाया उरी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

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

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

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 / ले गई सहायता राशि
1.	SCED	

