



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

APPLICATION NO / आवेदन संख्या: **V/0920/1129** APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: **01-09-20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Semoti** AGE-YEARS आयु वर्ष: **83** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कथुप का नाम: **Shambhal**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता: **Margida, Kishinwahiya, Kanki**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास पता: **DIST- Bhadrachal, Rajasthan, 32160**

Psc of Post of (129) Semoti

SOME AS ABOVE

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **2700/-** (Attach Proof of Income / (आय का सबूत प्रदान करें): **NA**

PAN No. / PAN संख्या: **XXXXXX**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
 क्या आप आय कर दाता हैं? (को भविष्य में उस पर सही का निशान लगायें) **NI / No**

| 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. | Shambhal / लाल | 80 | M | Husband |
| 2. | Mandi | 60 | M | Son |
| 3. | AMU | 57 | F | Daughter in law |
| 4. | Ajayver | 52 | M | Son |
| 5. | Meena | 50 | F | Daughter in law |
| 6. | Arjun | 22 | M | Grand Son |

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

| | | | |
|---|--|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) / पोषण रेशा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण |
|---|--|---|---|

'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 |
|-----------------------|---|
| | RE - JMSC |
| | LE - JMSC |
| | Stagedly (RE) SICSFIL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / एक उद्देश्य के हेतु कौड़े अन्य सहायता विनती अन्य स्रोत से लिये गयी हैं?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
| 1. | SCH | |

