

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: G/0220/428 (237/20)

APPLICATION DATE: 26/2/20

NAME of APPLICANT: Wajid Ali Ansari

AGE-YEARS 52 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Muniruz Ali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

RE- 32/4 Taghlakehari New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above



OCCUPATION: Shopkeeper

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 180 lacs

(Attach Proof of Income)

PAN No. swaid 1234 5678

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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Sharna Parveen	50	F	Wife
02	Courthiya	28	F	Daughter
03	Sajid	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>Diagn- LE Cataract</u>
	<u>Surg- LE Phacoidal</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 वही गई सहायता राशि
<u>Nil</u>		

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: G/0220/428 (23/20)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 26/2/20
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Musjid Ali Musri
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 52 जयु-वर्ष
SEX M लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mansoor Ali
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RZ- 52/4 Tughlakabad New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Shopkeeper
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 180 lacs
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाली संलग्न -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर शाय है (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाये।)

Yes/No
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 सम्बन्ध
1	Shama Prasen	50	F	Wife
2	Cauchiya	28	F	Daughter
3	Sajid	24	M	Son

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

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>Diagn- LE Cataract</u>
	<u>Surg- LE Phacoidal</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायत राशि
	<u>NIL</u>	