

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/10/20/3765 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 29/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : PRABHU NATH YADAV AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 55 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम का नाम : RAM NARESH YADAV

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : KHANASPUR, BHERA BARRA, GHOSPUR, BHAR

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सदा आवासीय पता : — AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 2100 X 12 = 25200 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / PAN संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / 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 संबंध
1.	PRABHU NATH YADAV	55	M	SELF
2.	RESHU YADAV	25	M	SON
3.	BAJRU YADAV	24	M	SON
4.	BAJRU KUMARI	20	F	UNMARRIED
5.	SHRUTI DEVI	47	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (STEFLOU)

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

