

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 510327/456 (2248/19) APPLICATION DATE: 18/3/20  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mrs. Simrit Kaur AGE-YEARS अनु-वर्ष 54 SEX लिंग F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lakhinder Singh  
पिता/पत्न्युप का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान वास्तविक पता  
452/8 GROUND FLOOR New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सथाई वास्तविक पता  
As Above



OCCUPATION: Housewife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1.75 Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सत्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर राजा है (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए):

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
10	Harpreet Singh	31	M	Son
20	Harpreet Singh	30	M	Son

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) रपयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई सत्य
--	--	---	---

**"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
	Diag: RE Retinal Detachment
	Surg: RE Vitrectomy

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी
<del>ALL</del>		

