

MOM-C-24-08-2204.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : M/0524/072		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 21/05/24		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Ram Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 34	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम : Ram Lotan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Padri - Nakha - CHAUBUTI Nakha, Kherilakhimbani, Uttar Pradesh 26220				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Same as Above				
OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 30000 (family)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. : स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) : <input checked="" type="checkbox"/> Yes / हाँ / <input type="checkbox"/> No / नहीं				
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 सम्बन्ध
1	Ratan	04 months	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता 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			
1	Diagnosis R/E Senile Cataract			
	L/E Senile Cataract			
	Surgery L/E. SICS with Pmma Lens comp			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		

Koshika foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO (MARRIED) (अविवाहित) : Pree Post

