



E-24-11-2862

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : D/1124/205		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 18-11-24		 PASTE PHOTO HERE PRE POST	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Hasina		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम O/o - Abdul Razzak		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.No - 165 Mohalla Meera Anupshahar Buland.			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Shri Uttar Pradesh - 202390			
OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय - 8000/- (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई 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 निशान लगायें)		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 सम्बंध	
1	Abdul Razzak	70	M	Husband	
2	Kayamuddin	50	M	Son	
3					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL 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) 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 - LE - SENILE - Cataract RI - SENILE - Cataract				
2	Surgery - LE - Phaco + PCIOL IOL				
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 ली गई सहायता राशी			
1	DBCS	2000/-			

