

VRN-C-20-12-0431

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 11220/0225
 आवेदन क्रमांक: 11220/0225

APPLICATION DATE: 07/12/20
 आवेदन तिथि: 07/12/20

NAME OF APPLICANT: Sondai
 आवेदक का नाम: Sondai

AGE-YEARS: 56
 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Munshi
 पिता/सहोदर का नाम: Munshi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Rudhakund, Radha nagar Kaleri, Radhakund rural
 वर्तमान आवासीय पता: Rudhakund, Radha nagar Kaleri, Radhakund rural
 Radhakund, Dist. Mathura, U.P. 201504
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

Preep Postep
 (0225) Sondai

OCCUPATION: Home Maker

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 21500/- (Family)

(Attach Proof of Income) NA
 (आद का सबूत संलग्न)

PAN No. [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो पान हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

Yes: No
 हा: 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 संबंध
1	Laxmi	59	M	Husband
2	Sondai	31	M	Son
3	Kalra	29	M	"
4	Rajesh	24	M	"
5	Rakesh	22	M	"
6	Mithalaxi	29	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
 सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रोजा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) बचत और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे गाने विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Total Cataract
	LE - PP
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य को 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 AVAILD ती पर सहायता राशि
1	DICS	2000/-

