



Mom - C-23-66-1447

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: <b>M/0623/0257</b>		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: <b>13/6/23</b>		 Pre-op Post-op			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: <b>Majid</b>		AGE-YEARS आयु-वर्ष: <b>79</b>	SEX लिंग: <b>m</b>				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कनूष का नाम: <b>Chhvi-lal</b>		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: <b>Chakrigama, Punarabhau Chaurat, Gola Khera, Gola Chokrasain North, Uttar Pradesh, 269802</b>					
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: <b>Same as above</b>					
OCCUPATION: व्यवसाय: <b>farman</b>		MARRIED (दिवान्हित) / UNMARRIED (अदिवान्हित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: <b>40000/-</b>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)					
PAN No. सवाई खाता संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):		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			
1	Asib	30	m	son			
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) <input checked="" type="checkbox"/>			
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 RS - Senile cataract LS - Senile cataract						
2	surgery - RS - Phaco with pmma lens Comp						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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	20000/-					

