

SRE- C- 24-12-0290

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

S/1224/0696

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05-12-2024

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Bature

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

67

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्या का नाम

Late Mr. Murhasan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

vill. Satpura, PO - Kusai Khura, Kaluwala, Jahanpuri, Sahajanpuri, Kaluwala, Jahanpuri Uttar Pradesh - 247129

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Page of Post of Bature (0696)

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई चक्र संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए)

Yes / No

हां / 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 | Jagral | 50 | M | Son |
| 2 | Kishorlal | 48 | M | Son |
| 3 | Sudha | 48 | F | Daughter in law |
| 4 | Nikhil | 23 | M | G. Grand Son |
| 5 | Rohan | 23 | M | G. Grand Son |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

| | | | |
|--|---|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा का नवीन 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) उपभोग्य 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 |
|------------------------|---|
| | Diagnosis - RE - Hypermature Cataract LE - Hypermature Cataract Surgery - LE - SICS WITH PMMA |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 AVAILED ली गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |

