



| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | |  Building Block of Life. | |
|---|---|--|----------------|---|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 51092310721 | | APPLICATION DATE 20-09-2023 आवेदन तिथि | | | |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs Sahida | | AGE-YEARS आयु-वर्ष 80 | SEX लिंग F |  | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Late Mr MUDA | | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Kotda, Kotda, Sahahampur, Mohampur, Uttam Phadeseh, 207341 | | | |
| | | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above | | | |
| OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 53,000 (Family Income) | | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA | | | |
| PAN No. स्थाई आय 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 लगायें) | | | |
| | | 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 सम्बन्ध | |
| (1) | Nasir | 57 | M | Son | |
| (2) | Rashid | 55 | M | Son | |
| (3) | Rano | 54 | F | Daughter in law | |
| (4) | Saziya | 33 | F | Daughter in law | |
| (5) | Ramzan | 25 | M | Grand son | |
| (6) | Salman | 23 | M | Grand son | |
| (7) | Layeha | 20 | F | Grand daughter | |
| (8) | Sumaiya | 18 | F | Grand daughter | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार | | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 निवेदन का उद्देश्य: | | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | |
| | | Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract | | | |
| | | Surgery - RE - SLCS with PMMA | | | |
| 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 सो गई सहायता राशी | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



भारत सरकार
Government of India

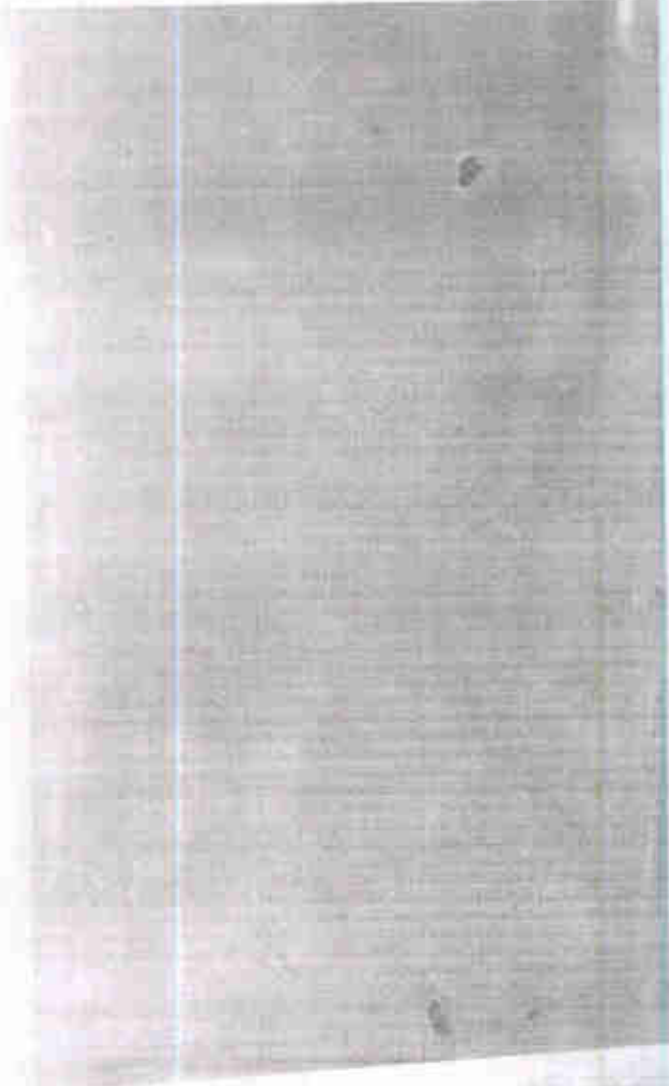


नाम
जन्म तिथि (DOB) 11/02/1963
व्यक्ति (Gender)



6554 3634 4028

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार
Union Identification Authority of India

पता: वडोडा रोड, नया दिल्ली
दिल्ली-110002

दूरभाष: 011-26129111
26129112

6554 3634 4028



www.uidai.gov.in