

SRE-C-25-01-1321



PASTE PHOTO HERE

Paste of Paste of Kela Devi (10846)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **S/0125/10846** APPLICATION DATE: **24-1-2025**

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम: **Mrs. Kela Devi** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **68** SEX लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **Late Mrs. Rajpal**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान निवास पता: **House no, Fatehchandpur, Taran, Saharandpur, Uttar Pradesh - 247343**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी आवास पता: **same as above**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home Maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **49,000 (Family Income)** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

RAN No. / आई कार्ड नंबर: **NA** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हा No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. सं.	Name of Family Member / सदस्य के नाम का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी से संबंध
(1)	Rajpal	45	M	Son
(2)	Kela	36	M	Son
(3)	Priyanka	42	F	Daughter in law
(4)	Nand	23	M	Grand Son
(5)	Rink	19	M	Grand Son

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

<input type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy) / योशिली कार्ड का कॉपी संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्न आस का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Total Cataract LE - Senile Cataract Surgery - RE - SICS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो यह सहायता राशि

