

C-23-09-0579

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : A/0923/1085 APPLICATION DATE : 18-09-2023 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Shanti Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष 64 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Geesa Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता  
Village - Gandhara, TEH - Lakmandib, DIST - Alwar  
Rajasthan - 301021

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
As Above.



Proof 1085 Postop Shanti Devi

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 50000/- (Family) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता 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 लगाये।) Yes (हाँ)  No (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)	Gehisa Ram	68	m	Husband
2)	Ramu	47	m	son
3)	Rashmi Jia	45	f	daughter in law
4)	Bishnu	10	m	grand son

**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) अन्य 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - TOTAL CATARACT LE - PCL
2.	Surgery - RE - STICS 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 सी गई सहायता राशि
1.	N/A	

