

VR N-C-23-10-1081

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 2/1023/1132  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 20/10/23  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Leda Devi  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jhaniram  
पिता/कटुम्भ का नाम



PASTE PHOTO HERE

Pareop Postop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

683, Arangla enclave part 2, Ved mandira,

Nit, Farida bad sector 23, Distt. Farida bad,

H.R. 121005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

OCCUPATION: Home maker  
उद्योग

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 45000/- (Family)  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्पष्ट खाल में

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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.	Tejram	70	M	Husband
2.	Pareem	39	M	Son
3.	Rama	35	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	<input 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
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - (RE) - SFCS + P.M.M.A

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 लौ गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

