

MOM- C-24-02 - 0415

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0224/1235

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06/02/24

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Jivan Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65

SEX लिंग M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम Anjodhyi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Rammapur, Lokal - Post - Leekapur, Landanpur

Permanent, Landanpur Grant, Kheri Moha Bokeran math up 262802

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय Labour

MARRIED (कियाहित) / UNMARRIED (अकियाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 21000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) Yes / No हाँ / 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                   | Vijay pal                                      | 27                      | M           | Son  |
| 2                   | Poonam   | 25                      | F           | Daughter in law                              |
| 3                   | Vishal   | 25                      | M           | Cohort son                                   |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किये गये 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 निम्नलिखित उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से किये गये प्रतिवेदन सुची संलग्न |
|---------------------|---|
| 1                   | Diagnosis RIE - Senile cataract<br>LIE - Senile cataract                                |
| 2                   | Surgery LIE - IOLs with pmma lens cap   |

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 ली गई सहायता राशी |
|---------------------|--|--|
| 1                   | DBCS                                   | 2000/-   |

