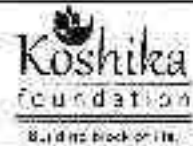


**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: **V/0320/1282**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **18/03/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Mahendra**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **55**

SEX लिंग: **M**



FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Ram Dayal**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Sarasine, Sarasine, Weir,**

Distt - **Bharatpur, Rajasthan, 321642**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **Same as above**

**Preop Postop  
 (1282) Mahendra**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Farmer**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **21000/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

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 हा / नहीं  No

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 संबंध	
1	Sarvesh	55	F	Wife	
2	Kedar	28	M	Son	
3	Lalita	27	F	Daughter in law	
4	Kishan	24	M	Son	
5	Yojita	20	F	Daughter in law	

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / (सहायता पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / (अन्य अन्य नहीं प्रमाण पत्र (सहायता पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / (उपभोग्य कार्ड (सहायता पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किया गया विनती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / उपचारानुसंधित जे चार्टों की नई प्रतिबन्धन शर्तों संलग्न
	<b>RE - Senile Cataract</b>
	<b>LE - Senile Cataract</b>
	<b>Surgery - (LE) SLCS + IOL</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से किया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता (₹)
1	<b>SCPH</b>	

