

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



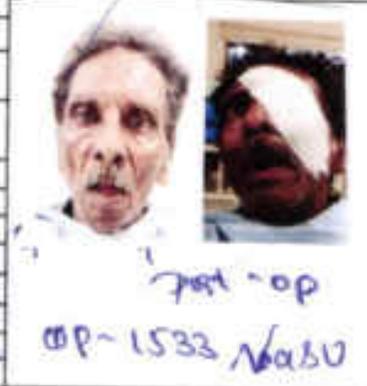
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0825/1533, APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14/08/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : VASU, J AGE-YEARS आयु-वर्ष : 55 SEX लिंग : Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : 9/10 Jaiswal,

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
H.No. 19, Street Jaiswal, Udaipur, Rajasthan  
94 40825 Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  
\_\_\_\_\_



OCCUPATION : व्यवसाय : employed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 25000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या : \_\_\_\_\_

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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
<del>_____</del>				

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	<u>DR. Ganosis RE - cataract</u> <u>LE - cataract</u>
②	<u>Dr. Sushree LE - cataract post</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
①	<u>DRCS</u>	<u>2000/-</u>

