

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य देखभाल)



Building trust of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0925/1865** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **17/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Baba Jan** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **80** SEX / लिंग: **PM**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **S/o intan Sab**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: **Aratele, Marolhe (A), Kauatata**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: _____



**preop - postop
1865 - Baba Jan**

OCCUPATION / व्यवसाय: **coolie** MARRIED (दिलाल) / UNMARRIED (अदिलाल): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन संख्या: _____ YES / NO / हाँ / नहीं: YES

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (को जो भी लागू हो उस पर चिह्न लगाएं): YES

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से क्या संबंध
1	intan	47	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत निवेदन प्रस्तुत करें

<input checked="" type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रक्षा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> ERB Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निवेदन के उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/चिकित्सा से जुड़ी की गई प्रतिक्रिया प्रतिलिपि संलग्न
1	Dr. Jagdish - RE - cataract LE - cataract
2	Surgeon - LE - cataract + preop

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

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि

