

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **B/0925/1946** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **24/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन करी का नाम : **Punhpa** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **54** SEX / लिंग : **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **Shri. Bala Kihka**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता : **Rangapuri J.P. Nagar Rangapuri**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता : **to**



**POOP - POOP
1946 - Punhpa**

OCCUPATION / पेशा : **Home maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : (Attach Proof of Income / आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय करदाता हैं (जो प्रायः ही उपर का खंड का स्थान संलग्न करें) : Yes / No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

| Sr. No. / क्रम संख्या | Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) / आयु (वर्ष) | Gender / लिंग | Relation with Applicant / आवेदन करी के साथ संबंध |
|-----------------------|--|--------------------------|---------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के सिद्धि के लिए संकेत करें

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> PFL Card (Attach Card Copy) / परिवार के सदस्य के पेशे का प्रमाण पत्र (संलग्न पत्र की साथ ही संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (संलग्न पत्र की साथ ही संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड (संलग्न पत्र की साथ ही संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत |
|--|--|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे मांगे किशो का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/पेशे के चिकित्सकीय/पेशे के चिकित्सकीय दवाइयों के साथ संलग्न |
|-----------------------|--|
| 15 | Diagnosis:- RE - cataract LE cataract |
| 02 | Surgery:- RE - cataract + p.rod |

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / की गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

