

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3179** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **30/11/26**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Ajay Agarwal** AGE-YEARS आयु-वर्ष **60** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम **s/o Prakash Agarwal**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता **Sampat Anand Nagar Electronics City**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



*PR op - pantop
3179 Ajay Agarwal.*

OCCUPATION : व्यवसाय **coolie** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **18000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं आय आय कर दाता हूँ (को मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएँ) 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 संबंध

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 checked="" type="checkbox"/> Rajeev Card (Attach Copy) उपरोक्ता 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
15	<i>Diagnosis - PE - p.c.d LE - cataract</i>
22	<i>Diagnosis - LE - cataract + p.c.d</i>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

