

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: S/0717/177 (0624/17)

APPLICATION DATE: 26/7/17

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Nishpa

AGE-YEARS आयु वर्ष

42

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Joginder

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

H-2, 2nd, Madangir Nara D-16

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Rs. 65,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रखें या नहीं रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes (No)
हां / 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
1	Joginder	45	M	Husband
2	Paramjeet	12	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Data/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कबे दिवनी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाइयों से संबंधित डॉक्टर की पर्ची/प्रतिवेदन सहित संलग्न
	Diag: (R) Cataract
	Tx: (R) Phaco + IOL

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

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

