

07/06/2017

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op

(0176) Rajpal Singh

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : १०७७७/०१७६		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि १६/०७/१७	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Rajpal Singh.		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Sukheram.			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.No-77, Harvansh Nagar, Unazabad, UP 201001			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION : - NA			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय - NA			
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. स्थाई करदाता संख्या			

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

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
1	Pooja Devi	45	F	Wife
2	Huash	40	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RR-PP
	LE-ImSC
	Surgery - Sics with TOR (LE)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	SCFH	

