

C.2071/1018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : E/1018/0194 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 29/10/18

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Balwant Ray AGE-YEARS आयु-वर्ष 62 SEX लिंग M

FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम Brij Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता HNo B-1/12, Vijay Vihar Ph-2 Najafgarh, New Delhi
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता - as above -



Preop 0194 Postop Balwant Roy

OCCUPATION : व्यवसाय Security Guard MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 85,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई आयकर संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का निशान लगायें) 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
1.	Darshan	32	M	SON
	one	Daughter		Married.

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

BPL Card (Attach Card Copy) यही भी रेशन को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्र छति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय नहीं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्र छति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को छत्र छति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निवृत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्साइस/दोसरा से जारी की गई इतिवृत्त सुची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - PP LE - PSC
2.	Surgery - LE - Phaco + IOL

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

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

