

C18/12/0125

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)

APPLICATION NO.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0633

APPLICATION DATE: 14/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jagdish

AGE-YEARS अनु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Ram Dayal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Haridwar Teh - Lakhanpura

Dist - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Pre op. Post op.
0633 Jagdish

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

75000

(Attach Proof of Income) NA
(आय का सबूत संलग्न)

V No. स्थायी पता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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.	Satish Kumar	45	M.	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की कॉपी संलग्न करें (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) इससे अधिक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों की कॉपी संलग्न
1.	Diagnosis — RE - IMSC LE - IMSC
2.	Surgery — RE - SICU + ICU

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

