

De 1-69-01-0253

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : Del/020/0073		APPLICATION DATE / अवेदन तिथि : 2020.1.02		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Savitri		AGE-YEARS आयु वर्ष : 68	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुप्य का नाम : Lal Singh				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता :				
OCCUPATION / व्यवसाय : Labour				
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 45,000/-		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		
PAN No. / स्थाई खाता संख्या :		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें) : NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) :				
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.	Lal Singh	75	Male	Husband
2.	Bablu	22	Male	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनति आधार :				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य :				
Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
RF :- Pseudophakia				
LF :- Senile Cataract				
Surgery :- LR STCS with inc				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE ली गई सहायता राशि	

