

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षपाल)



APPLICATION No.: DL/0224/0078
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/2/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Taramuni Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 59
SEX F



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Naullakha
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Harsari, not not, Huxar, Bihar - 802118
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: Homemaker
व्यवसाय

MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

PAN No. NA
आय कर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो इस पर सही का चिह्न 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	Taramuni	38	F	Daughter
2	Gopal	42	M	Son-in-law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE: PRK
	IE: Pseudophakia
	Surgery: RE-DSEAK+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED कौ से सहायता रशी
1	SCFH	

