

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO. / आवेदन संख्या: **C/0220/0491** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **19.02.2020**

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: **Omkalce Kashyap** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **70** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **Jashwant Singh**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता: **Dhakadevi, Dhakadevi, Sahayawade, Indakheda, Dahan Pradeh, 247051**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास का पता: **LA's above**



**Pre op Post op omkale Kashyap 0491**

OCCUPATION / व्यवसाय: **House Makera** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **68,000** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न): **NA**

PAN No. / आय का सबूत संख्या: **NA** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का चिह्न लगाएं):  YES /  NO

**FAMILY DETAILS / परिवार विवरण**

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Jashwant Singh	75	M	Husband
(2)	Mukesh Kashyap	46	M	Son
(3)	Pran Kashyap	35	M	Son
(4)	Simona Kashyap	32	F	Daughter in law
(5)	Sushil Kashyap	15	M	Grand Son
(6)	Kapil	13	M	Grand Son
(7)	Ankit	12	M	Grand Son
(8)	Ankur	10	M	Grand Son
(9)	Indiate Kashyap	8	F	Grand Daughter
(10)	Rishika Kashyap	6	F	Grand Daughter

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए कितने आधार**

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग डी. कॉपी संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग डी. कॉपी संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग डी. कॉपी संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे गर्व विनोद का उद्देश्य**

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
(1)	<b>Diagnosis - RE - IMSE LE - PCJOL</b>
(2)	<b>surgery - RE - SICS + IOL</b>

**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 राशि
(1)	<b>SCEH</b>	

