

SRE-C-20-02-0673

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO. आवेदन संख्या: **C1022010500** APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **20.02.2020**

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: **Imdad Tulahi** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **76** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सुपुत्र का नाम: **Khaleel Ahmad**



Pre op Post op
0500 Imdad Tulahi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता
**Kirathpura Colony Mahipur Saharapur
Saharapur Jarakah Saharapur
Utara Pakdeeli 547001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता
WAP ABAD

OCCUPATION: व्यवसाय: **House Maker**

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: **62,000**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

PAN No. स्थायी खाता संख्या: **N/A**

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) **N/A**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes/No हां/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Haseen Ahmad	38	m	Son
(2)	Muhammad	35	F	Daughter in law
(3)	Tahsim	35	F	Son
(4)	Ruby	32	F	Daughter in law
(5)	Amirul Alam	30	m	Son
(6)	Shaima	28	F	Daughter in law
(7)	Muhammad	25	m	Son
(8)	Amreen	23	F	Daughter in law
(9)	Waseem	15	m	Grand son
(10)	Amir	10	m	Grand son
(11)	Hafeez	09	m	Grand son

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 को छत्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को छत्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

"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 दवाइयों/सुझाव सूची संलग्न
(1)	Diagnostic - RE MSC LE MSC
(2)	Surgery - LE STER + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED कौन सा सहायता पुरां
(1)	SCEH	

