

URN-20-09-1145

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO: V108201205 APPLICATION DATE: 19-03-20

NAME OF APPLICANT: Rajua AGE-YEARS: 47 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: Naval



one of best of
(1205) Rajua

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kadapura, Bajna, Laxhi Bajna,

DIST - BHARATPUR, ROZA HAD, 321405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME AS ABOVE

OCCUPATION: Home Maker MARRIED UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: 24000/- (Attach Proof of Income) NA

PAN No. XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No

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.	<u>Rajaram</u>	<u>50</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2.	<u>Sunehra</u>	<u>23</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>
3.	<u>Rajara</u>	<u>20</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>
4.	<u>Harikesh</u>	<u>16</u>	<u>m</u>	<u>II</u>
5.	<u>Rahul</u>	<u>14</u>	<u>m</u>	<u>II</u>
6.	<u>Sachin</u>	<u>10</u>	<u>m</u>	<u>II</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड के प्रतिलिपि प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्यम उत्तर वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजना कार्ड (प्रमाण पर की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

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

Sr. No. क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न
	<u>RC - JMSC</u>
	<u>LE - JMSC</u>
	<u>Surgery - (RE) SJSCTFIO</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये जा रही है:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता प्रदान किया गया
1.	<u>SCEM</u>	

