

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : F/1123/0252 (408/23)
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 16/11/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mrs Joneu
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 48
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Bishan
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

416, JJ Camp Andrews Cony New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

As Above



OCCUPATION : h/w
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1.00 Lac (Family Income)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) -

PAN No. लॉर्ड्स खाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए)

Yes/No
हां/नहीं

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
01	AKASH	29	M	Son
02	AKSHAY	27	"	"

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता 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
	Diag:- RE Cataract
	Spec:- RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	NIL	

