

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 5/0522/055 (246/20) APPLICATION DATE: 26/05/22  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BHAIRAVI DEVI AGE-YEARS: 65 SEX: F  
आवेदन का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TRIP DAYAL  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 23/670 Madanpuri Khadar, New Delhi  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above  
स्थायित्व आवासीय पता



OCCUPATION: H/o MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सहाई साक्ष्य संलग्न करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No) हाँ / 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	Raj Rani	65	F	Sister

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे करने विनियम का उद्देश्य:

Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- LE Contract
	Surv- LE Phaco + IOL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

