

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: S/0622/069 (286/22) APPLICATION DATE: 02/06/22
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SONY LAL VERMA AGE-YEARS आयु वर्ष: 45 SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHRI KISHAN LAL
 पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: A-283, Tigras, New Delhi
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above
 स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: Labourer (व्यवसाय) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 140,000 (कुल वार्षिक आय) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्वयं खाता संख्या: -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No) हा / 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 संबंध
(1)	Seema	42	F	Wife
(2)	Nikhilosh	22	M	Son
(3)	Yashvardhan	12	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च 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 विषय का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशि

Handwritten signature/initials

