

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: S/0622/015 (123/22) APPLICATION DATE: 07/06/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mrs. Kalpana Nisha AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 25y SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Soma Ullah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: D-141 Malvi Road Badli, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: As Above



OCCUPATION / व्यवसाय: h/w MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: Rs. 2.00Lacs (Family Income) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्वयं खाता संख्या: -

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 से संबंध
1	Anees	30	M	Son
2	Ashfaq	26	M	n

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

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड का 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) इपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विज्ञापन का उद्देश्य:

Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Nejli- LE Cataract
	Sebi- LE 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
Nil		

