

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: S/0122/117 (362/22) APPLICATION DATE: 06/01/22

NAME of APPLICANT: Mr. Deshama Rani AGE-YEARS आयु-वर्ष 63 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sarm Nath

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: M-9 DDA Kalkaji New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above



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

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 2.00 lacs (Family Income) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. खाई जाता संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (हाँ) / No (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	Sunit Upad	42	M	Son

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

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

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

Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Drug:- LE (Antemural)
	Syr:- LE Phaco+ IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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

