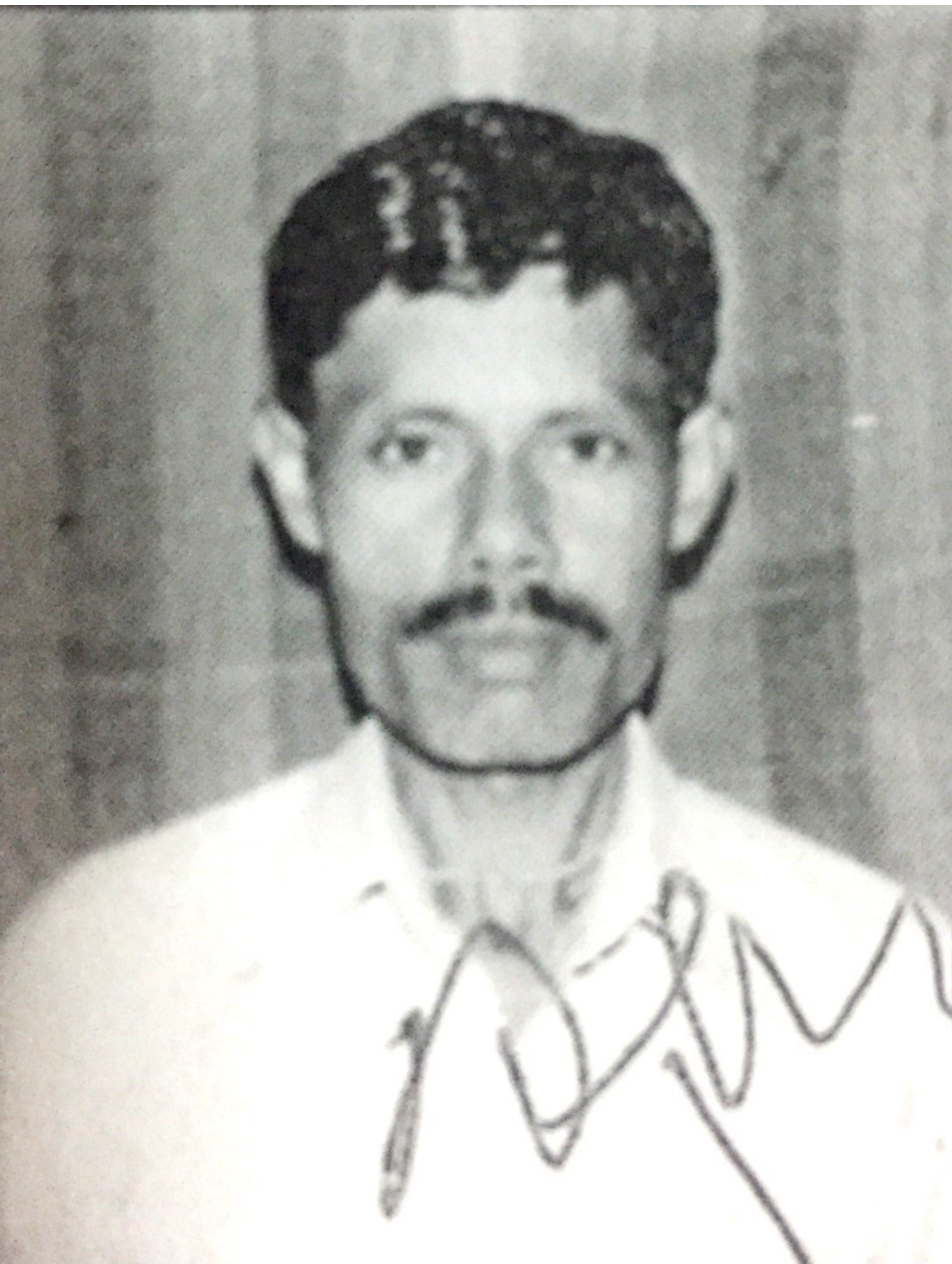
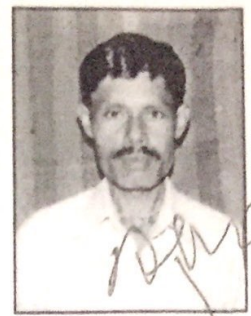






APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE UNDER RAN/HMDG

(Please tick mark (✓))

RASHTRIYA AROGYA NIDHI (RAN)

HEALTH MINISTER'S DISCRETIONARY

DR. B. P. SHARMA
Consultant
Sr. Orthopaedic Surgeon
Central Institute of Orthopaedics
VMMC & Safdarjung Hospital
New Delhi - 110029

1	Name of the Patient (in Block Letters)	ANIL HARIDWARI
2	Age	45 yrs / M
3	(a) Permanent Address along with Pin Code	S/O Pooran mal, Block Colony Khair, ALigarh, UP - 202138
	(b) Address for correspondence	— do —
4	(a) Email Address (if available)	NA
	(b) Mobile No. (if available)	9675463531
5	(a) Father's /Mother's Name	POORAN MAL.
	(b) Husband/wife's name	—
6	Applicant's Relationship with the Patient	SELF
7	Disease from which suffering (Name of the disease)	Arth (H) h/b
8	Whether the applicant or the person on whom the patient is dependent, is an employee of Centre/State Government /Pensioner	NA
9	Monthly Income of the applicant and all family members from all sources issued by Tehsildar/BDO/SDO/SDM/DC. (Attested copy of Income Certificate should be attached. However, where online certificates are issued, self attested copy of income certificate may be enclosed)	THREE Thousand Per month 36000 / Year. $36000 \div 12 \div 7 = 428$ Per Person / mth
10	Amount of Financial Assistance required	74,998/-
11	Whether financial assistance has been received from (a) any Ministry/Department other than Min of Health & Family Welfare for treatment of the same disease. (b) Ministry of Health & Family Welfare earlier. If so, full details may be given.	NA.
12	Attach self attested copy of the Ration Card	ATTACHED
13	Aadhar Card No (Attach self attested copy)	637523230601

DECLARATION

I declare that the information given above is correct and complete in all respect.

अमित हरिद्वारी

Signature of the Applicant/Patient

Date:

आय
INCOME

75504
25/9

एस. जे. एच. SJH-25
बाह्य रोगी विभाग पंजी. संख्या
O. P. D. Reg. No.

सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली
SAFDARJANG HOSPITAL, NEW DELHI
(बाह्य रोगी का निर्देश पत्र)
(OUT-PATIENTS REFERENCE CARD)

शल्य चिकित्सक/चिकित्सक का नाम
Name of Surgeon/Physician

56816/17.

विभाग

Deptt.

नाम Name	पिता/पति का नाम Father's Name Husband's Name	आयु Age	लिंग Sex	पता Address
ANIL	POORAN MAL.	45	M.	Aligarh Ichair, UP.

निदान
Diagnosis

ANN (U) HIF & Secondary OA

दिनांक Dated	उपचार Treatment
	Else when reported at ANUPAM Dist. G.S. & Secondary OA (U) HIF reported 6 yrs back at Aligarh Hospital
	X-ray Ball m.b. i. HIF
	X-ray Pelvis & Ball m.b.
	ANN (U) HIF
	sway - PLAN
	Totip m.b. j. Ref. Ann (U)
	25/12/17
	DR. B. P. MA Consultant Sr. Orthopaedic Surgeon Central Institute of Orthopaedics VMMC & Safdarjung Hospital New Delhi - 110029

ई-डिस्ट्रिक्ट के अन्तर्गत जारी..



उत्तर प्रदेश शासन

कार्यालय तहसीलदार द्वारा प्रदत्त आय प्रमाण पत्र

जिला
तहसील
आवेदन क्र०
प्रमाणपत्र क्र०

अजीमगढ़
खैर
171430010132684
121171016147

जारी दिनांक: 07/12/2017

यथा विभागीय (क्षेत्रीय भूलेख निरीक्षक तथा लेखपाल की) जांच/रिपोर्ट के आधार पर
प्रमाणित किया जाता है कि

पुत्र/पुत्री
माता का नाम
मकान नम्बर
मोहल्ला
ग्राम
तहसील
जनपद

श्री अनिल हरिदारी

श्री परममल

श्रीमती सुशीला

मोहल्ला कालानी कस्बा खैर

खैर

अजीमगढ़

उत्तर प्रदेश का/की निवासी है व उसका वर्तमान पता मकान नम्बर ग्राम मोहल्ला मोहल्ला कालानी कस्बा खैर तहसील खैर, जनपद अजीमगढ़ उत्तर प्रदेश है। परिवार की सम्पत्ति स्रोतों से मासिक आय अर्को में रु 3000 व शब्दों में रु. Three Thousand है। जिसके अनुसार कुल वार्षिक आय रु. 36000 व शब्दों में रु. Thirty Six Thousand है। आय का स्रोत मजदूरी से है। यह प्रमाण पत्र जारी होने की दिनांक से तीन वर्ष तक मान्य रहेगा।



जारी कर्ता केन्द्र: हरिओम शर्मा, वयम जन सेवा
केंद्र

पद: हरिओम शर्मा, केन्द्र प्रभारी

स्थान:

LOHAGARH, खैर, LOHAGARH, खैर, अजीमगढ़

दिनांक: 08/12/2017

हस्ताक्षर एवं मुहर

NARENDRASINGH
YADAV

Digitally Signed by
NARENDRASINGH
YADAV
O=GOVERNMENT
OF UTTAR
PRADESH,
OU=REVENUE
DEPT, S=Uttar
Pradesh

सक्षम
अधिकारी/तहसीलदार
डिजिटल हस्ताक्षरित
खैर, अजीमगढ़
दिनांक:
07/12/2017

यह प्रमाण पत्र इलेक्ट्रॉनिक डिजिटल सिस्टम द्वारा तैयार किया गया है तथा डिजिटल सिग्नेचर से हस्ताक्षरित है। सम्बन्धित केन्द्र के अधिकृत कर्मी द्वारा प्रमाणित किया गया है। यह प्रमाण पत्र वेबसाइट <http://edistrict.up.nic.in> पर इसका पहले आवेदन क्र० फिर प्रमाणपत्र क्र० अंकित कर, सत्यापित किया जा सकता है।

Sr. Orthopaedic & Spinal
Central Institute of Orthopaedics
VMMC & Safdarjung Hospital
New Delhi - 110028

Request is made to Pechchan
NGO for the assistance &
help of ₹ 10,000/- towards the
total cost of 74,998 for
total hip replacement.

Poonam Dhanda

पूनाम डांडा
POONAM DHANDA
चिकित्सा सामाजिक कार्यकर्ता
Medical Social Worker
पुनः स्थापन विभाग
Deptt. of Rehabilitation
सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली
Safdarjang Hospital, New Delhi