

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0818/0892  
आवेदन संख्या:  
APPLICATION DATE: 03.08.18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BHUJAN GINTI HALDAR  
आवेदक का नाम  
AGE-YEARS: 68  
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PRAFULLA HALDAR  
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HALDAR, S. & U. PARA, HARBINDRANAPUR, JAYNAGAR, SOUTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL  
कुल वार्षिक आय  
(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. SWAYI KADU SIKHA  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)  
Yes / No  
हां / 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.	BHUNAN GINTI HALDAR	68	F	SELF
2.	SUBHANTRA HALDAR	45	F	DAUGHTER
3.	SHYAMTI HALDAR	42	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे नये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIC 57101)

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 एवं गई सहायता राशि

