

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **K/0818/0899** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **03.08.18**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **NABAKRISHNA RISHHIDAS** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **68** SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्य का नाम : **MATHER RISHHIDAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
PART NO-86, TALI, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : व्यवसाय : **UNEMPLOYED**

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **NIL** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 के साथ संबंध
1	NABAKRISHNA RISHHIDAS	68	M	SELF
2	BISWANT RISHHIDAS	55	M	SON
3	RENANT RISHHIDAS	55	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न 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 (SICSTOL)

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

