

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0818/0915**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **04.08.18**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **NASRIN BIBI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **47**
आयु-वर्ष

SEX **F**
लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MAKTAR ALI**
पिता/पति का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **45B/H/S CANAL EAST ROAD, NERKEL DANGA, KOLKATA, HOORN, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**

OCCUPATION : **DOMESTIC HELP**
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS. 1200 X 12 = 14,400/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्वयं खाली छोड़ें**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं।)

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	NASRIN BIBI	47	F	SELF
2	MAKTAR ALI	54	M	HUSBAND
3	MR. MAZKAT	25	M	SON
4	NAHMOBA KHATUN	22	F	DAUGHTER

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICS TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 कौी गई सहायता राशी

