

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0818/0964** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **08.08.18**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **DIPALI GAYEN** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **63** SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रुप का नाम : **LOKNATH GAYEN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **CHORDAKATIYA, BHANGONKHALI, BASANTI SOUTH 24 PARGANAS, 743329, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता : **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOUSE WIFE**

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

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 संबंध |
| 1 | DIPALI GAYEN | 63 | F | SELF |
| 2 | LOKNATH GAYEN | 70 | M | HUSBAND |
| 3 | DIBENDU GAYEN | 40 | M | SON |
| 4 | SOMNATH GAYEN | 37 | M | SON |
| 5 | SUVENDU GAYEN | 25 | M | SON |
| 6 | RATNA GAYEN | 31 | F | DAUGHTER |

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

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

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

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| 1 | DIAGNOSIS - CATARACT - LF |
| 2 | SURGERY - LF (SICS+IOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / स्वी गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
| | | |

