

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :			K/1018/1403			
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि			08/10/18			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			SUSHIL DEBNATH		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
			70		M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम			RANAJIT DEBNATH			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता						
SAKIDARTI ROAD, BASIRHAT-1, NORTH 24						
PARGANAS, 743411, WEST BENGAL						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता						
AS ABOVE						
OCCUPATION : व्यवसाय			UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
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 कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध		
1.	SUSHIL DEBNATH	70	M	SELF		
2.	RUSHIPARANI DEBNATH	63	F	WIFE		
3.	MINTO DEBNATH	40	M	SON		
4.	MINATI DEBNATH	32	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किये गये विनती का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न					
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE					
2.	SURGERY - RE (SICOPOL)					
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 सौ गै सहायता राशि		



