

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(सहाय्य देखभाल)	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक :		K/1218/1706		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		NAKUL ADAK		AGE-YEARS मास-वर्ष	
				SEX लिंग	
				70 M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम		PANCHU ADAK			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता					
KARAT BERIA, HOGRAH, TALUKA, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय		UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		NIL			
		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. संपादित करें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (को वॉक हो उत पर सही का निशान लगाएँ)					
Yes/No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1.	NAKUL ADAK	70	M	SELF	
2.	MENKA ADAK	59	F	WIFE	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु करने वाले विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपस/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित दवा संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SCL + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED से गई सहायता राशि	



