

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/1218/2139		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 24/12/18			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: DIPU DAS		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70		SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: MONAHAR DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: CHERPUR, CHANDERIA NORTH GUJARATI, 382290, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता: AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय: HOME MAKER.				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ / ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: NIL.				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. / आयकर पहचान संख्या: [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☐ YES / ☒ NO					
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 से सम्बन्ध	
1	DIPU DAS	70	F	SELF	
2	MONAHAR DAS	45	M	SON	
3	SUMITRA DAS	42	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे उपस्थित पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न की)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / मनुष्यगत/वैद्यकीय से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE.				
2	SURGERY - LE (SULSTIOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / यदि कोई सहायता रही	

