

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2333 APPLICATION DATE: 07-01-2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JIBAN CHANDRA DAS AGE-YEARS: 59 SEX: M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIMAN CHANDRA DAS
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 19/5 NARAYAN PARA ROAD, PACHIM DUTTARI CHURCH AVENUE, KOLKATA, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 2000x12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. क्या है (संलग्न करें)

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

Yes / No
हां / 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 सम्बन्ध
1.	JIBAN CHANDRA DAS	59	M	SELF
2.	PARUL DAS	48	F	WIFE
3.	MITL KAMAL DAS	21	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन कार्ड का 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे निम्नी का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी

