

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2666

APPLICATION DATE: 19/01/19

NAME of APPLICANT: KHADIJA BEBE

AGE-YEARS 45 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HABIBAR MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

PART NO. 33, SONAPURUR - SHANKARPOUR
NORTH 24 PARGANAS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

- AS ABOVE -

OCCUPATION: COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1000 x 12 = 12000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सवाई खाद्य संस्थान

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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.	KHADIJA BEBE	45	F	SELF
2.	HABIBAR MOLLA	56	M	HUSBAND
3.	REJINA BEBE	26	F	DAUGHTER
4.	REHANA BEBE	24	F	DAUGHTER
5.	KABIRUL MOLLA	22	M	SON
6.	ASADUL MOLLA	20	M	SON
7.	SABANA KHATUN	13	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनती 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 (SI2S+LAL)

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 ही गई सहायता राशि

