

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामूल)



| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/1019/1718 | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 12/10/2019 | |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: MAHASIN ALI MOLLA | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 74 | SEX लिंग: M |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम: KHATER ALI MOLLA | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता DHOLAHAT, MAHAURAPUR, SOUTH 24 PARGANAS 743399, WEST BENGAL | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता - AS ABOVE - | | |



| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| OCCUPATION: व्यवसाय: UNEMPLOYED | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: RS 1700 X 12 = 20400/- | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) |
| FAN No. क्याई खाता संख्या | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें): | |
| Yes / No हां / नहीं: <input checked="" type="checkbox"/> 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 के साथ सम्बन्ध |
| 1. | MAHASIN ALI MOLLA | 74 | M | SELF |
| 2. | MOENA MOLLA | 62 | F | WIFE |
| 3. | GHURGHURE MOLLA | 34 | M | SON |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियमित आधार | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की) | Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

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

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

