

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1019/1734  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/10/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NABEJAMA BISI SEKH  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
55

SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : OAJED SEKH  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

LT SINDA ROAD NORTH 24 PARGANAS 743292,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : HOMEMAKER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मध्यम हो उस पर सही 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.	NABEJAMA BISI SEKH	55	F	SELF
2.	ARAFAT ALI SK	23	M	SON
3.	AKRAM ALI SK	29	M	SON
4.	ASRAFUL SK	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौपै 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 साक्ष्य
--	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये 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 (STIC'S + IOL)

**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 सी गई सहायता राशि
------------------------	---	---

