

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1019/1775**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **10/10/2019**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BESMANI DAS**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **72**  
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **VDAY DAS**  
पिता/कटुम्ब का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**DARSHIN PURISHA NALTA, NORTH 24 PARAGANNA  
700028, 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)  
(आप का सक्षम सतम्ब)

PAN No. सफाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / NO हाँ / 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.	<b>BESMANI DAS</b>	<b>72</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>SHOLA DAS</b>	<b>44</b>	<b>F</b>	<b>SON</b>
3.	<b>SARASWATI DAS</b>	<b>36</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विनति आधार

<b>BPL Card (Attach Card Copy)</b> गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</b> अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card (Attach Copy)</b> उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</b>
2.	<b>SURGERY — LE (SICS + IOL)</b>

**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

