

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No. : **K/10/9/1788** APPLICATION DATE : **17/10/2019**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **RINA HAJRA** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **54** SEX लिंग : **F**  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **BIRBAL HAJRA**  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**CHAK-BALAJ BAG, BISHAMPUR, SOUTH 24 PARGA-  
NAS, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
**AS ABOVE**



OCCUPATION : **HOUSEWIFE** MAJRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1500 X 12 = 18000/-** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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>RINA HAJRA</b>	<b>54</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>BIRBAL HAJRA</b>	<b>60</b>	<b>M</b>	<b>HUSBAND</b>
3.	<b>ANKUSHMAN HAJRA</b>	<b>27</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

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

**\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विच्छेद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSTIC - CATARACT - RE</b>
2.	<b>SURGERY - RE (SICOP 7101)</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME \*PURPOSE\* from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 राशी

