

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2067 APPLICATION DATE : 11/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : GOPAL CHANDRA DEY AGE-YEARS : 56 SEX : M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KEBAL CHANDRA DEY
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KRISHNABATI, NALIKUL, HOOGHLY
सदरनाम आवेदक का पता
312402, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवेदक का पता



OCCUPATION : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 x 12 = 24,000/- (Attach Proof of income)
कुल वार्षिक आय (आय का सक्षम प्रमाण)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आय का सक्षम संख्या हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS

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	GOPAL CHANDRA DEY	56	M	SELF
2	CHANNANA DEY	53	F	WIFE
3	SUBAJIT DEY	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)	Any Other BasicProof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किताब अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED एतौ गई सहायता राशी

