

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/2099** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **12/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **RATAN DAS** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **65** SEX / लिंग: **M**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

125 A.D. CHASH ROAD, SERAMPORE, HOOGHLY - 712204, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: **UNEMPLOYED** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **RS 1700 X 12 = 20400/-** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे):

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.	RATAN DAS	65	M	SELF
2.	REKA DAS	62	F	WIFE
3.	SHAPAN DAS	30	M	SON

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये निशानों 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 (SLCS + IOL)

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

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

