

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2111  
अवेदन संख्या : K/1119/2111

APPLICATION DATE: 12/11/2019  
अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SULEKHA SAHA  
अवेदक का नाम

AGE-YEARS: 49  
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHEKHAR SAHA  
पिता/कटुम का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAGHUNATHPUR, MAIRA, HODGHLY,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: DOMESTIC HELP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 25200/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट खाल दें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 अवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SULEKHA SAHA	49	F	SELF
2.	KAJAL SAHA	26	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपस्थित पत्र (उपस्थित पत्र को साथ प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपस्थित पत्र (उपस्थित पत्र को साथ प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपस्थित पत्र को साथ प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विधि 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 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

