

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2120 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 18/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : SAPTAMI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS 50 वय-वर्ष	SEX F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TAMAR DAS पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS हुआमन जवासीय पता DUNDS, MURSHIDABAD 742026, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : उपरोक्त अनुसंधान पता AS ABOVE				
OCCUPATION : DOMESTIC HELP व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. उपरोक्त खाली				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उक्त पर घड़ी का निशान लगावे) 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SAPTAMI M DAS	50	F	SELF
2.	SACHIN DAS	23	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विन्यास आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छापा प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छापा प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपलब्ध पर की छापा प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्यास का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न			
1.	DIAGNOSTIC — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STICS + 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 सी गई सहायता राशी		



