

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : W1119/2122 APPLICATION DATE : 13/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUSHIL SINGHA AGE-YEARS 65 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ASHIM SINGHA
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS NORTH BARRACKPORE, NORTH 2A PARGANAS
700120, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 X 12 = 15,600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. उपरोक्त खाली

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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.	<u>SUSHIL SINGHA</u>	<u>65</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>UJYAL SINGHA</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — LE</u>
2.	<u>SURGERY — LENTICS + IOL</u>

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

