

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2130
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 13/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NEMAI KAHAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 69
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KALIPADA KAHAR
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता
BARANBERIA, DAKSHINDARA, MOITA
DHANTALA, NADIA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1400 X 12 = 16,800/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NEMAI KAHAR	69	M	SELF
2.	SMITRA KAHAR	66	F	WIFE
3.	RAJU KAHAR	32	M	SON
4.	KESINATH KAHAR	29	M	SON

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

EPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेखा के नीचे आय का
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग आय का
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही यह सहायता जारी

