

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/2132** APPLICATION DATE: **13/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **JAMILA BIBI** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **60** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम: **CHANDMALI MONDAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **KATERATI DACHINDARA, KATENDRAPUR, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS ABOVE**



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **RS 2000 X 12 = 24000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: **ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):** 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 संबंध
1.	JAMILA BIBI	60	F	SELF
2.	ESLAM MONDAL	62	M	SON
3.	CHANDMALI MONDAL	63	M	HUSBAND

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि आधार			
<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (PTICUS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किताबी 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 राशि

