

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/1119/2166 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 15/12/2019

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : BUDHADEB DAS AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : LILAMAY DAS



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता :
CHARCH PARA, MIDNAGOLA, DIAMOND HARBOUR, SOUTH 24 PARGANAS 743331, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान पता :
AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय : UNEMPLOYED UNEMPLOYED (निवृत्त) / UNEMPLOYED (निवृत्त)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 1800 X 12 = 21600/- (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / सॉफ्ट कॉपी संख्या :
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) : Yes / हाँ / No / 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.	<u>BUDHADEB DAS</u>	<u>65</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>RATNAVA DAS</u>	<u>36</u>	<u>F</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 रेशा के नीचे उपयुक्त पत्र (उपयुक्त पत्र को जमा प्रति प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग उपयुक्त पत्र (उपयुक्त पत्र को जमा प्रति प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (उपयुक्त पत्र को जमा प्रति प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u>
2.	<u>SURGERY - LE (SICS + 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 / ली गई सहायता राशि

