

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2168 APPLICATION DATE: 15/11/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RANI BALA DAS AGE-YEARS 75 SEX लिंग F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LOHARAM MAL  
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
DAKSHINGRAM + VITARKALIKRA PUR,  
MURSHIDABAD 742235, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION : DOMESTIC HELP MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2400 X 12 = 28800/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न का निरूपण करें): 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.	RANI BALA DAS	75	F	SELF
2.	LOHAR KUMAR DAS	42	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपयुक्त पर (उपयुक्त पर चिह्न का प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपयुक्त पर (उपयुक्त पर चिह्न का प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपयुक्त पर चिह्न का प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/वैद्यिक से चार्ज की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (LCS + 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 ली गई सहायता राशि

