

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/11119/2185 APPLICATION DATE: 15/11/2019  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SANTI BISWAS AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम 59 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KABI BISWAS  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DUTTAPUR, BARASAT, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE  
स्थायी निवास पता



OCCUPATION: HOMEMAKER MAJORED (विधवा) / UNMAJORED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. क्या है? खाल छोड़ें  
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 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.	SANTI DAS	59	F	SELF
2.	NARAN BISWAS	30	M	SON
3.	NARAN BISWAS	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपग्रह पर (उपग्रह पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपग्रह पर (उपग्रह पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपग्रह पर की जाय 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/वैद्यक से बाटे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIC'S + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि

