

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : K1119/2188 APPLICATION DATE : 16/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : TULU DAS AGE-YEARS 62 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NARENDRANATH DAS
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 4812 KABI SUKANTA SARANI, KG ROSE SARANI, KOLKATA 700085, WEST BENGAL
वर्तमान निवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायित्व निवासीय पता



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 x 12 = 15,600 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	TULU DAS	62	M	SELF
2	IBVEU DAS	60	F	WIFE
3	JHANTU DAS	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या निष्पत्ति का उद्देश्य:

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

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

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

