

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 21119/2191
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : HD ISSA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 77
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAKIB ALI
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
73, BAITHAK KHANA ROAD, RAJA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA 700009, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 x 12 = 18000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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	HD ISSA	77	M	SELF
2	HD IMRAN ISSA	53	M	SON
3	HD AYUMJAN ISSA	47	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपलब्ध पर की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

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

