

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 12/119/2193 APPLICATION DATE: 16/04/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MUSTAFIZUR RAHMAN AGE-YEARS 71 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MUJIBUR RAHMAN
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 12, TANTI BAGAN ROAD, ENTALLY, KOLKATA 700014, WEST BENGAL
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायित्व निवास पता



OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)
व्यवसाय

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

PAN No. क्या है या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	MUSTAFIZUR RAHMAN	71	M	SELF
2	HANIFA LAT SAHAR	68	F	WIFE
3	SANJEEV RAHMAN	36	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STICS + 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

