

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2198 APPLICATION DATE : 16/02/2024  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : TAHIRONANECHHA HOLLYA AGE-YEARS 60 SEX F  
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DAKSHIN JAYPUR, KASHIPUR SOUTH 24  
PARGANAS 743502, WEST BENGAL  
वर्तमान निवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी निवासीय पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 x 12 = 20,400 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सक्षय प्रमाण)

PAN No. स्वास्थ्य 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 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.	<u>TAHIRONANECHHA HOLLYA</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>ZINAT ALI</u>	<u>63</u>	<u>F</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>HAMIDA BEGUM</u>	<u>31</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ प्रेषित करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को साथ प्रेषित करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पत्र को साथ प्रेषित करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे मने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/वैद्यकीय से चर्चा की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u>
2.	<u>SURGERY - LE (SKS + TOL)</u>

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 ली गई सहायता राशि

