

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1119/201**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **16/11/2019**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **GOLJAN BIBI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **70**
SEX लिंग : **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **वर्तमान निवास स्थान**

**PART NO 65, PATTI, BELTA/GHATA, NORTH
24 PARGANAS, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी निवास स्थान**

— AS ABOVE —



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1700 x 12 = 20,400/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. **स्वयं खाली संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देते हैं (जो खाने दो उस पर सही 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.	GOLJAN BIBI	70	F	SELF
2.	FARUK MONDAL	73	M	HUSBAND
3.	TAJIB MONDAL	50	M	SON

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपस्थित पर (उपस्थित पर ही छाप प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग उपस्थित पर (उपस्थित पर ही छाप प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपस्थित पर ही छाप प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + 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 एक ही हेतु सहायता राशि

