

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामूल)



APPLICATION No.: **W/1119/2205** APPLICATION DATE: **16/11/2019**

NAME of APPLICANT: **RAMICHA SARDAR** AGE-YEARS: **55** SEX: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **IMAM SARDAR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **RANGANBERIA, SHYAMPUR, SOUTH 24 PAR. GANAS 743355, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1800 x 12 = 21,600** (Attach Proof of Income)

PAN No. सवाई खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**

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 संबंध
1.	RAMICHA SARDAR	55	F	SELF
2.	IMAM SARDAR	58	M	HUSBAND
3.	ABHAN SARDAR	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेषा के नीचे उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की छाप प्रती संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की छाप प्रती संलग्न करें)	उपभोग्यता कार्ड (उपयुक्त पर की छाप प्रती संलग्न करें)	अन्य कोई सबूत

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

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

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

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

