

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1111 9/2209**  
आवेदन संख्या :

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

NAME of APPLICANT : **ANURA LASKAR**  
आवेदक का नाम

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **JHARO LASKAR**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**SHYAMPUR, SOUTH 29 PARAGANAS 743355,  
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
**— AS ABOVE —**



OCCUPATION : **HOUSEWIFE**  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 700 X 12 = 20,400/-**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट बताएं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम 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.	ANURA LASKAR	70	F	SELF
2.	JHARO LASKAR	73	M	HUSBAND
3.	HANUJA BIKT	39	F	DAUGHTER
4.	BHOLA LASKAR	56	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसपौकट कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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 अनुसंधान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

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

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

