

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/11119/2217 APPLICATION DATE: 16/11/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SK ANOYARI BEGUM AGE-YEARS 68 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK MD ANOWAR HOSEN
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS BANKRA, HAORA TUDOS, WEST BENGAL
वर्तमान वास्तव्य पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी वास्तव्य पता



OCCUPATION: HOMEMAKER MAJORED (विधवा) / UNMAJORED (अविधवा)

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

PAN No. स्वास्थ्य सहायता

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही 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>SK ANOYARI BEGUM</u>	<u>68</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>KAZI HOSEN</u>	<u>34</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) एपली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस सर्टिफिकेट के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	---	--

"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.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
2.	<u>SURGERY — RE (STICS + TOL)</u>

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 ही गई सहायता राशि

