

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/2228** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **30/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **FULMANI BAURI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **57** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कनूय का नाम: **MANIK BAURI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता:  
**JHARPATALA, GOHALIYARA, DOKARAJPUR,  
BIRAHIM, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाय निवासीय पता:  
**AS ABOVE**



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1900 X 12 = 22800/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / आय का संचयन: **---**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No (आय कर दाखल है (जो मन्व हो उस पर चिह्न का निशान संलग्न करें) हाँ / नहीं):  No

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	FULMANI BAURI	57	F	SELF
2.	MANIK BAURI	63	M	HUSBAND
3.	PARTMAL BAURI	26	M	SON

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशन कार्ड के पीछे प्रमाण पत्र (अपना पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अपना पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपरोक्त कार्ड (अपना पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basic/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions
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 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

