

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/11119/2238 APPLICATION DATE: 18/11/2019  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NISHAPATI DOM AGE-YEARS: 64 SEX: M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHYAMAL DOM  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: L.N DIXI BRATAPUR BIRBHUM 731123  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED MAJURED (विधवा) / UNMAJURED (वैधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न 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	NISHAPATI DOM	64	M	SELF
2	KAMEN DOM	31	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर जो अन्त चिह्न चलाना है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर जो अन्त चिह्न चलाना है)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (आय पर जो अन्त चिह्न चलाना है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची चलाना
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशी

