

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11119/2241 APPLICATION DATE : 18/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ANATH BHUINYA AGE-YEARS आयु-वर्ष : 66 SEX लिंग : M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LALET BHUINYA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
MANDIUR, SANDESHKHALI, NORTH 24
PARGANAS 74 2446 WEST BENGAL

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



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 13000 X 12 = 15,600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. **सर्वोच्च संख्या** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	ANATH BHUINYA	66	M	SELF
2.	MATA BHUINYA	60	F	WIFE
3.	JAGADISH BHUINYA	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के पोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर 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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

