

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2256 APPLICATION DATE: 18/11/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: HIRA PRAMANIK AGE-YEARS 64 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: SADANANDA BHANDARI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS RAJNAGAR, BIRBHUM 731130, WEST BEN.
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी निवास पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 14000 X 12 = 16,8000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. XXXX XXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर का संचालक हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

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	HIRA PRAMANIK	64	F	SELF
2	BILIP PRAMANIK	68	M	HUSBAND
3	SHILA DAS	34	F	DAUGHTER
4	SHANJU PRAMANIK	31	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विधियों 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 प्राप्त क्या है?

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

