

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/11119/2246** APPLICATION DATE : **18/11/2019**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **RISHIPADA HALDER** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **56** SEX लिंग : **M**  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **ANSHUMAN HALDER**  
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता  
**NILKARI GHATA, SOUTH 24 DARGANAS**  
**743329, WEST BENGAL**

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

OCCUPATION : **LABOURER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 2200 X 12 = 26400/-** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. स्पष्ट/छाया संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छापी 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.	<b>RISHIPADA HALDER</b>	<b>56</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>DEBOLA HALDER</b>	<b>54</b>	<b>F</b>	<b>WIFE</b>
3.	<b>MADEHAS HALDER</b>	<b>26</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</b>
2.	<b>SURGERY - LE (MICS + IOL)</b>

**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 एवं गई सहायता राशि

