

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : X/11119/2250 APPLICATION DATE : 18/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DHARAM BAURI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS कौन सा
METLA, JHAPARIALA, BIRBHUM ..
931123, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सबसे अधिकतम

AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2300 X 12 = 27600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सर्वरहित

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (को सही ढंग पर चिह्नित करें) 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 संबंध
1.	<u>KALYANI BAURI</u>	<u>57</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SUNIL BAURI</u>	<u>65</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>

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

EPL Card (Attach Card Copy) एप्लो कार्ड का नौवां प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस एन सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये 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

