

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11119/2252 APPLICATION DATE : 18/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PADMALOCHAN BADYAKAR
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : METELA, DURGAPUR, BIRBHUM 731125,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 X 12 = 20400/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें): 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.	JAGATPATI BADYAKAR	66	M	SELF
2.	NETTY BADYAKAR	58	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये 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 (CLOS + IOU)

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 एतौ गई सहायता राशी

