

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1119/2253**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **18/11/2019**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **PRADIP KUNUI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : **54** SEX : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **BISWANATH KUNUI**
पिता/कटुन का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **METELA DUKRAJOUR, SIRBAUM 731123, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



OCCUPATION : **LABOURER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 2400 x 12 = 28800/-**

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है (अनुपस्थित)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	PRADIP KUNUI	54	M	SELF
2.	NILAY KUNUI	23	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपलब्ध पर की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

***PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE:**
सहायता हेतु किन्से मने विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुद्धी 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 किन्से 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

