

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K11119/2260  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 19/11/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MADHURI BAURI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 61  
SEX लिंग : F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
DARONDA, GIRIBHUM 731236, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 X 12 = 20400/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्टीकरण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / NO 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.	MADHURI BAURI	61	F	SELF
2.	KAILU BAURI	32	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपयुक्त पत्र (उपयुक्त पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपयुक्त पत्र (उपयुक्त पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपयुक्त पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IO)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME \*PURPOSE\* from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विधि अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

