

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2268
आवेदन संख्या : K/1119/2268

APPLICATION DATE : 19/12/2019
आवेदन तिथि : 19/12/2019

NAME of APPLICANT : NIRMALA RAJAK
आवेदक का नाम : NIRMALA RAJAK

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 59
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRABHURAM RAJAK
पिता/सहोदर का नाम : PRABHURAM RAJAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
BANGUR AVENUE, NORTH 24 PARAGANAS
JODDUS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सही आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER
व्यवसाय : HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1900 X 12 = 22800/-
कुल वार्षिक आय : RS 1900 X 12 = 22800/-

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NIRMALA RAJAK	59	F	SELF
2.	PRADIP RAJAK	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम 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 Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रतिक्रिया प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIOP + IOL)

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

