

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: K/1210/2384
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 6/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: APARNA BERA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 51
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BABLU BERA
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासोप पता

115 DUTTABAD ROAD, SALT LAKE, BIDHANNAGAR,
NORTH 24 PARAGANAS 700064, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासोप पता

AS ABOVE



OCCUPATION: LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 25200/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छद्म संख्या

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

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.	APARNA BERA	51	F	SELF
2.	KATAJ BERA	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/दवा सूची 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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

