

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1219/2426  
आवेदन संख्या :  
APPLICATION DATE: 10/12/2009  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JAYANTI DAS  
आवेदक का नाम  
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SANAT DAS  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SANAT ROAD, NORTH 24 PARGANAS, 700076, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरे का निशान लगायें): 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 संबंध
1.	JAYANTI DAS	55	F	SELF
2.	SANAT DAS	62	M	HUSBAND

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

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने विधायी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	D: AGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS FIOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त करने से लिया गया है?

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

