

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1219/2460 APPLICATION DATE: 12/12/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: DILIP KUMAR BOSE AGE-YEARS: 68 SEX: M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BISWAJIT BOSE
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHAYANAGAR, GARDUJA, NORTH 24 PARGANAS
74312, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 X 12 = 15600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	DILIP KUMAR BOSE	68	M	SELF
2.	CHANDAN BOSE	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर ही चिह्न प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पर (उपलब्ध पर ही चिह्न प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर ही चिह्न प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 किसे अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

