

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1219/2470** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **17/12/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **TAPAN DUTTA** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **61** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **GAUTAM DUTTA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
MADAL DANGA ROAD, GARVICIA, NORTH 24 PARGANAS 743135, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **RS 1700 X 12 = 20400/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या: **XXXX XXXX** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण				
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	TAPAN DUTTA	61	M	SELF
2.	LALIT DUTTA	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विवृति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निम्ने गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिया गया है?

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

