

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1219/2884** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **06/12/19**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **GOUR MAL** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **66** SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : **PABAN MAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **SAHADUR, DOPKA, RAMPOURHAT II, BURDHAM - 731283, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : **- AS ABOVE -**



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS 1900 x 12 = 22800/-** (Attach Proof of Income / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) **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 संबंध
1.	GOUR MAL	66	M	SELF
2.	SRISHA MAL	60	F	WIFE
3.	IVEAN MAL	35	M	SON
4.	BASANTI MAL	33	F	DAUGHTER
5.	ASTANTI MANDAL	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

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

