

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/129/2893 APPLICATION DATE : 08/12/19

NAME of APPLICANT : ALAUDDIN SK AGE-YEARS 60 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KERAMAT SEKH



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SAHEBBAPOUR, JALANGLI, MURSHIDABAD 742305, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -

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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1800 \* 12 = 21600 / (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. क्या है/आपके पास है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	ALAUDDIN SK	60	M	SELF
2.	ADARA BIBI	56	F	WIFE
3.	ABBAS SK	31	M	SON
4.	LATIFUL SK	23	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप उप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SKCS + PCL)

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

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

