

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **KJ/1210/2898** APPLICATION DATE : **13/12/19**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **BUJLA BIBI** AGE-YEARS **52** SEX **F**
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **NESU SK**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **NASHIK/2 MHS/11, SANMATHI NAGAR, MURSHIDABAD 742213, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**



OCCUPATION : **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1500 x 12 = 18000/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है? हाँ नहीं
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो खाने हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 सम्बन्ध |
| 1. | BUJLA BIBI | 52 | F | SELF |
| 2. | YAS BANO | 29 | F | DAUGHTER |
| 3. | TUKERA BIBI | 26 | F | DAUGHTER |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण |
|---|---|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विपत्ती 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 (STCC + IAL) |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितनी 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 |
|---------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

